

Información de la clínica



Identificación de la clínica Nombre de la clínica Teléfono N.º de la tienda

Dirección Ciudad Estado Código postal

Información sobre el paciente

Apellido Nombre Fecha de nacimiento Sexo

Dirección Ciudad Estado Código postal

Nombre del proveedor de atención primaria (PCP) Teléfono del PCP Fax del PCP

Dirección del PCP Ciudad Estado Código postal

¿Es **residente** de un centro de cuidados a largo plazo o un **empleado/miembro del personal** ?

¿Esta es la **primera** o la **segunda** dosis del paciente de la vacuna contra la COVID-19?

Información del seguro: (En el caso de las clínicas, asegúrese de que se haya recopilado una copia de la tarjeta del seguro del paciente)

*** INDICA LOS CAMPOS OBLIGATORIOS.**

Seguro para medicamentos que precisan de recetas:

Sí No

*¿Usted es el tarjetahabiente principal?

*Si no lo es, incluya la fecha de nacimiento del tarjetahabiente principal.

*Nombre del plan de beneficios de medicamentos que precisan de recetas

*N.º de identificación del tarjetahabiente

*Identificación grupal de la receta

*BIN

*PCN

Campos de Medicare:

Sí No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*¿El paciente tiene 65 años o más, o es elegible para Medicare?

*Número de identificación de la Parte A/B de Medicare (MBI) **Nota:** ¿El MBI es necesario para todos los pacientes de 65 años o más, o elegibles para Medicare? Consulte su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare

Seguro médico:

*Proveedor del seguro médico

*N.º de identificación del tarjetahabiente

*Identificación grupal

*Identificación del pagador

Sí No

*¿El paciente es el tarjetahabiente principal?

*Si no lo es, incluya la fecha de nacimiento del tarjetahabiente principal

***Si no tiene seguro, debe marcar la casilla a continuación para autenticar que la siguiente información es verdadera y precisa:**

No tengo seguro, ni siquiera Medicare, Medicaid ni ningún otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno.

A fin de que el Programa contra la COVID-19 para Pacientes sin Seguro Médico de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (Health Resources & Services Administration, HRSA) de los Estados Unidos le pague la tarifa de administración de la vacuna, proporcione: (a) un número del Seguro Social válido, (b) el número de identificación estatal y el estado de emisión O (c) el número de la licencia de conducir y el estado de emisión.

*Número del Seguro Social

o número de identificación estatal y estado

o número de la licencia de conducir y estado

Posibles contraindicaciones

	SÍ	NO	NO LO SÉ
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna contra la COVID-19? En caso afirmativo , ¿de qué productor de vacuna? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Otro productor: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia)? <i>Por ejemplo, una reacción por la cual se lo trató con epinefrina o EpiPen® o por la que tuvo que ir al hospital.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave se produjo después de recibir la vacuna contra la COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave se produjo después de recibir otra vacuna o un medicamento inyectable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave se produjo en relación con la administración de polietilenglicol o con productos que contienen polietilenglicol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La reacción alérgica grave se produjo en relación con la administración de polisorbato o con productos que contienen polisorbato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apellido Nombre Fecha de nacimiento

Posibles contraindicaciones continuación

NO LO
SÍ NO SÉ

- 4. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? SÍ NO NO LO SÉ
- 5. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma de convaleciente como parte de un tratamiento contra la COVID-19 en los últimos 90 días? SÍ NO NO LO SÉ

Posibles consideraciones

NO LO
SÍ NO SÉ

- 6. ¿Tiene un trastorno sanguíneo o está tomando un anticoagulante? SÍ NO NO LO SÉ
- 7. Si es mujer, ¿actualmente está embarazada o en período de lactancia? SÍ NO NO LO SÉ

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS: Me han proporcionado las hojas de información sobre vacunas o la ficha de datos para pacientes correspondientes a la(s) vacuna(s) que estoy por recibir. He leído dicha información proporcionada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han respondido satisfactoriamente. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna, y asumo voluntariamente la responsabilidad plena por cualquier reacción que se presente. Comprendo que debo permanecer en el área de vacunación durante 15 minutos después de recibir la vacuna para que me controlen a fin de detectar posibles reacciones adversas. Comprendo que, si experimento efectos secundarios, debo llamar a la farmacia, a un médico o al 911. Solicito que me administren la vacuna o se la administren a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a presentar esta solicitud. **Estado de Georgia únicamente:** Confirmando que un farmacéutico me pidió el historial médico y me preguntó si me habían realizado una exploración física en el último año. Los proveedores de atención médica no identificaron afecciones por las que no debería colocarme la(s) vacuna(s).

Recursos de Salud (HRSA) es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para llevar a cabo esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS: Comprendo que CVS® puede necesitar divulgar o puede divulgar voluntariamente mi información de salud al médico responsable de este protocolo de información médica específica de personas vacunadas en CVS (si corresponde), mi médico de atención primaria (si tengo uno), mi plan de seguros, los sistemas de salud y los hospitales, o los registros estatales o federales, para los fines de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica (como la administración o el aseguramiento de la calidad). También comprendo que CVS usará y divulgará mi información de salud según lo establecido en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CVS (existe una copia disponible en la oficina, en línea o puede solicitar una copia en papel en la farmacia). **Estado de California únicamente:** Acepto que el Registro de Vacunación de California (California Immunization Registry, CAIR) comparta mi información de vacunación con los proveedores de atención médica, las agencias o las escuelas. **Centros de vacunación:** Si me administran una vacuna en un centro de vacunación, comprendo y acepto que se proporcione al coordinador de dicho centro mi nombre, y la fecha y la hora de la cita para la colocación de la vacuna.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR PAGO: Por este medio, autorizo a CVS Pharmacy® (CVS®) a divulgar información y solicitar el pago. Certifico que la información que he proporcionado al solicitar el pago a Medicare, Medicaid o el Programa contra la COVID-19 para Pacientes sin Seguro Médico de la Administración de Servicios y

X

Firma del paciente que recibe la vacuna (o del padre, la madre, el tutor o el representante autorizado)

Fecha

Si firma en nombre del paciente, declara que tiene autorización para brindar los consentimientos necesarios en nombre del paciente.

Nombre del padre, la madre, el tutor o el representante autorizado

Teléfono

Parentesco

Información sobre la administración de la vacuna solo para la persona que administra la vacuna y el farmacéutico

Fecha de la administración Vacuna Fecha de la VIS Fabricante Volumen (ml)
 I D

N.º de lote Fecha de venc. Vía Lado

Si la temperatura corporal del paciente es de 100.4 ° F o más, infórmele que no debería recibir la vacuna en ese momento.

Temperatura del paciente

Nombre y cargo de la persona que administra la vacuna

Firma de la persona que administra la vacuna

Para que lo complete quien administra la vacuna, tal como se exige para la notificación del registro estatal de inmunizaciones. Solo para los estados mencionados.

Misisipi: Marque todos los campos para los pacientes de 18 años o menos.

Oklahoma: Marque la raza y etnia para todos los pacientes. Complete la sección pariente más próximo para los pacientes de 18 años o menos.

Raza: 1 - Aborigen americano o nativo de Alaska 2 - Asiático 3 - Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
 4 - Negro o afroamericano 5 - Blanco 6 - Otra raza

Etnia: 1 - Hispano 2 - Ni hispano ni latino 3 - Desconocida

Pariente más próximo (18 años o menos)

Nombre Teléfono Parentesco

Dirección

Estado de Nueva Jersey únicamente

Nombre del médico prescriptor Dirección del médico prescriptor

Para California, Massachusetts, Montana, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York y Texas (Para California, este indicador significa que el registro no compartirá la información con universidades, escuelas ni otras agencias) **Indicador de divulgación del registro:** Sí No