



FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNA COVID-19

*Esta forma es para ser utilizada SOLAMENTE en pacientes de 16 años y mayores**

Revisada 03/01/2021

Primera dosis _____

Segunda dosis _____

Apellidos: _____		Nombre: _____		Inicial: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Nombre de Soltera de la Madre: _____			
<small>Mes / Día / Año</small>		<small>Nombre y Apellido</small>			
Dirección Postal: _____		Ciudad: _____		Estado: <u> NM </u> Zip: _____	
Teléfono Diurno: _____		Contacto de Emergencia: _____		Relación: _____	
<small>Nombre y Apellido</small>					

Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza:	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiiano/ Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otra Blanco	Etnicidad :	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
----------------	---	--------------	--	---	--------------------------------------	--------------------	---

INFORMACIÓN DEL SEGURO- Llene la categoría apropiada- REQUERIDO

Centennial Care/Medicaid: <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Presbyterian <input type="checkbox"/> Western Sky	
#ID Póliza/ Miembro _____	#Centennial Care Medicaid: _____ #Grupo: _____
Medicare Parte B:	
#ID Suscriptor _____	Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento de la Persona con la Póliza: _____
<input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Seguro Privado	

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA- REQUERIDAS

Para pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar las vacunas que usted podría estar recibiendo hoy. Si usted contesta "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted no será vacunado/a. Solamente significa que se podrían hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pregúntele a su proveedor del cuidado de la salud que se la explique.	No	Sí	No sé
1. ¿Está usted enfermo/a hoy?			
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, componente en una vacuna, o látex? Por favor enumere: _____ <i>Si tiene alergia a la vacuna COVID, no se vacune; si tiene alguna otra alergia, monitorea por 30 min.</i>			
3. ¿Ha tenido alguna reacción grave después de recibir una vacuna, incluyendo una dosis previa de la vacuna COVID-19?			
4. ¿Tiene un desorden sangrante o está tomando anticoagulantes? <i>En caso afirmativo, por favor esté consciente de posible sangrado/moretos.</i>			
5. Para las mujeres: ¿Está embarazada o puede que haya la oportunidad de quedar embarazada durante el próximo mes? <i>En caso afirmativo, consulte primero con su médico (OBGYN o atención primaria)</i>			
6. Para las mujeres: ¿Está usted dando pecho (amamantando)?			
7. ¿Recibió usted alguna vacuna en los pasados 14 meses? <i>En caso afirmativo, se recomienda (pero no se requiere) que espere 14 días para recibir la vacuna COVID.</i>			
8. ¿Ha dado positivo a COVID-19 en los últimos 10 días? <i>En caso afirmativo, vuelva a programa la vacunación después del aislamiento.</i>			
9. ¿Ha recibido una vacuna COVID-19 en el pasado? <i>En caso afirmativo, asegúrese de la fecha y fabricante para recibir la segunda dosis (si se indica).</i>			
10. ¿Ha recibido el anticuerpo monoclonal o plasma convaleciente para el tratamiento de COVID en los últimos 90 días? <i>En caso afirmativo, consulte con su médico: se recomienda que vuelva a programar su vacuna 90 días después del tratamiento.</i>			
11. ¿Tiene usted una condición inmunosupresora o tomando medicamentos para alguna? <i>En caso afirmativo, esté consciente de que la efectividad de la vacuna puede ser limitada.</i>			

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN

Se me ha dado y he leído o se me ha explicado, la información para la vacuna en la "HOJA DE DATOS PARA LOS RECIPIENTES Y CUIDADORES" (www.fda.gov/media/144414/download). He tenido una oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas para mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que la vacuna marcada debajo me sea dada o a la persona nombrada para quien autorizo al hacer esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea hecho al Departamento de Salud Pública de Nuevo México/División de Salud Pública/ Programa de Inmunización, por los servicios prestados a mí por el Programa. Autorizo que cualquier información mía de salud, sea liberada a los Centros para Servicios Medicare y Medicaid y sus agentes para determinar estos beneficios a ser pagados por servicios relacionados. Autorizo específicamente la liberación de mi número de Medicare u otras pólizas de seguro al Departamento de Salud de NM para permitirle buscar ser reembolsados por los costos de la vacuna y gastos administrativos. A menos que firme una declaración diciendo lo contrario, permito que la información de vacunación sea entrada en el Sistema Estatal de Información de Vacunación de Nuevo México (NMSIIS) y que sea liberada a cualquier otro proveedor del cuidado de la salud, para evitar vacunaciones innecesarias o para cerciorarse del estado de vacunación. Las Políticas de Privacidad DOH están disponibles en <http://nmhealth.org/hipaa.shtml> y serán dadas a todos pacientes cuando reciben una inmunización.

Firma (Cliente/Guardián): _____	Fecha: _____
--	---------------------

FOR CLINIC USE ONLY/ PARA USO INTERNO

Vaccine	Lot #	Exp. Date	Site & Route	Date of EUA
COVID-19 Pfizer (59267- 1000-02)				
COVID-19 Moderna (80777- 0273-99)				
COVID-19 Janssen (59676-580-15)				
Vaccinator (print name):		Signature:		Date of Service:
Title of Vaccinator:		VFC Pin#:		Date Fact Sheet Given:
Date NMSIIS Entered:		Date TransactRx Entered:		Notes:
Address/location of vaccines given:				