



CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19

CHECK OUT TIME: _____

 1ST DOSE DATE _____ BOOSTER 2ND DOSE DATE _____ ATHENA 3RD DOSE DATE _____

POR FAVOR IMPRIMIR

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE TELÉFONO	<input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NO HISPANO
CORREO ELECTRÓNICO	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/ Nativo de Alaska	
NUMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACIÓN AL PACIENTE	ALERGIAS
COMPañÍA DE SEGUROS: <input type="checkbox"/> SIN SEGURO	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR/DUEÑO DEL SEGURO	NÚMERO DE GRUPO DE SEGURO #
NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO#	FECHA DE VIGENCIA DEL SEGURO	RELACIÓN CON EL ASEGURADO <input type="checkbox"/> YO MISMO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> OTRO

PREGUNTAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-1		SÍ	NO
	¿EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS (14 DÍAS) HA DADO POSITIVO POR COVID-19 O ESTÁ SIENDO MONITOREADO ACTUALMENTE COVID-19?		
2	¿EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS HA EXPERIMENTADO LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?		
	<input type="checkbox"/> FIEBRE (UNA TEMPERATURA ≥100.4°F O MÁS) <input type="checkbox"/> ESCALOFRÍOS <input type="checkbox"/> DOLORS MUSCULARES		
	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA <input type="checkbox"/> DOLOR DE GARGANTA <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DEL GUSTO U OLFATO		
	<input type="checkbox"/> HA TENIDO NÁUSEAS, VÓMITOS, O DIARREA <input type="checkbox"/> TOS (NO RELACIONADA CON UNA AFECCIÓN CRÓNICA)		
	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA RESPIRAR (NO RELACIONADA CON UNA AFECCIÓN CRÓNICA)		
3	¿LE HAN DIAGNOSTICADO COVID-19 Y HA SIDO TRATADO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES O PLASMA CONVALECIENTE PARA TRATAMIENTO DEL COVID-19 EN 90 DÍAS?		
SI EL PACIENTE RESPONDE SÍ A CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS, POR FAVOR INFÓRMENOS, POR QUE NO DEBE RECIBIR LA VACUNA EN ESTE MOMENTO. INDÍQUELE QUE SE COMUNIQUE CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA CONOCER LOS PRÓXIMOS PASOS.			
PREGUNTAS SOBRE LA DETECCIÓN DE INMUNIZACIÓN		SÍ	NO
4	¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD A LARGO PLAZO, COMO: AFECCIÓN INMUNODEPRIMIDA O TOMAR UN MEDICAMENTO QUE AFECTE SU SISTEMA INMUNITARIO, ENFERMEDAD CARDÍACA, ENFERMEDAD PULMONAR, ASMA, ENFERMEDAD RENAL O HEPÁTICA, ENFERMEDAD METABÓLICA, COMO DIABETES, ¿TRASTORNO HEMORRÁGICO O ESTA TOMANDO ALGÚN ANTICOAGULANTE?		
5	¿HA TENIDO UNA REACCIÓN GRAVE (POR EJEMPLO, ANAFILAXIA) A ALGÚN COMPONENTE DE LA VACUNA? [POR FAVOR REFIERALO EN LA HOJA DE DATOS INFORMATIVOS]		
6	¿HA TENIDO UNA REACCIÓN GRAVE (POR EJEMPLO, ANAFILAXIA) A ALGUNA VACUNA?		
7	¿HA TENIDO UNA CONVULSIÓN, UN PROBLEMA CEREBRAL / DEL SISTEMA NERVIOSO O GUILLAIN BARRE DESPUÉS DE RECIBIR UNA VACUNA?		
8	PARA LAS MUJERES, ¿ESTÁ EMBARAZADA O EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUEDAR EMBARAZADA DURANTE EL PRÓXIMO MES?		

SI USTED HA RESPONDIDO SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS 5-9, POR FAVOR CONSULTE CON SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LOS RIESGOS/BENEFICIOS DE RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19.

He leído y entiendo la Hoja informativa de autorización de uso de emergencia (EUA) o la VIS sobre el virus y la vacuna COVID-19. Yo comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra el COVID-19. Doy permiso para que el paciente mencionado anteriormente reciba la vacuna indicada. Yo autorizo el seguro de facturación de la tarifa de administración de la vacuna para la vacuna proporcionada. También he recibido notificación de mis derechos de privacidad, y se me ha ofrecido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" del Departamento de Salud del Condado de Mobile / Salud Familiar. Entiendo que esta información está disponible bajo petición, así como disponible para su revisión en el momento de la vacunación.

FIRMA DE LA PERSONA PARA RECIBIR LA VACUNA O REPRESENTANTE AUTORIZADO O TUTOR LEGAL:

FIRMA: _____ FECHA: _____

USO CLÍNICO SOLAMENTE			
VACCINE:	MANUFACTURER:	LOT:	EXP DATE:
NDC#:	DOSE:	ADMIN ROUTE: IM	SITE: DELTOID: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R
GIVEN BY:	MONITORING PERIOD <input type="checkbox"/> COMPLETED, AND NO ADVERSE REACTION NOTED		
DATE:	<input type="checkbox"/> RECIPIENT DECLINED MONITORING PERIOD		
TIME:	<input type="checkbox"/> ADVERSE REACTION NOTED (ATTACH VAERS & INCIDENT REPORT)		

FIRMA DE OBSERVACIÓN: _____

FECHA: _____



MOBILE COUNTY HEALTH DEPARTMENT

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

SOLO PARA VISITAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Cualquier persona, independientemente de su edad, puede firmar por sí misma para los servicios de planificación familiar. No se requiere el consentimiento de los padres / tutores para los servicios de planificación familiar. ***

TRATAMIENTO

Doy autorización para que yo ó la persona nombrada arriba, recibamos atención médica (medicina general, optometría, servicio dental ó salud mental), servicios ofrecidos por el Departamento de Salud del Condado de Mobile (MCHD). Esta autorización incluye servicios médicos como exámenes físicos y de salud mental, exámenes de laboratorio (incluyendo exámenes para detectar enfermedades de transmisión sexual (STDs), análisis de anticuerpo para detectar la infección del VIH-SIDA, vacunaciones de rutina y otros tratamientos de salud ó actividades preventivas de salud, según sea considerado necesario por los proveedores de salud y dentistas. Yo entiendo que mi historial médico ó de la persona mencionada arriba, puede ser divulgado a cualquier trabajador de salud dentro de MCHD que está involucrado con mi salud ó de la persona mencionada arriba. Además, si es necesario, yo autorizo al MCHD para hacer remisiones que pueden contener toda ó parte de mi información médica ó de la persona mencionada arriba, incluyendo pero no limitado a enfermedades de transmisión sexual, a proveedores externos con el propósito de ayudar en mi tratamiento ó de la persona mencionada arriba, de cualquier condición médica en particular o potencial condición médica. Por la presente doy mi permiso al Departamento de Salud Pública de Alabama para revelar información acerca de mí ó de este niño a agencias de servicio social, agencias comunitarias y proveedores de atención médica, con el propósito limitado de consulta ó referencias. Este permiso puede incluir la divulgación de información acerca de mi condición médica o de éste niño, pero no incluye la publicación del registro médico escrito. Se me ha dado la oportunidad de discutir cómo se usará esta forma. Sé que tengo el derecho de revocar este permiso en cualquier momento (excepto en la circunstancia de que la acción ya ha sido tomada) a menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará en un año a a partir de la fecha firmada. Yo entiendo que de requerirse un procedimiento invasivo o extracción permanente de un diente como parte de mi tratamiento ó de la persona mencionada arriba, se me dará la oportunidad de firmar, por separado, un formulario de autorización para ese tratamiento ó examen en particular y nó para otro tratamiento o análisis. La autorización explicará el procedimiento o análisis a realizar y los beneficios ó riesgos asociados con el mismo. Yo entiendo y estoy de acuerdo que si invito a un miembro de la familia, un amigo ó cualquier otra persona para estar en el consultorio conmigo, autorizo compartir con el miembro de la familia, amigo o cualquier otra persona que esté presente, mi información médica protegida ó de la persona mencionada arriba.

*** PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Entiendo que los servicios de planificación familiar son confidenciales y que mi información no puede ser divulgada sin mi consentimiento, excepto según lo exija la ley. Entiendo que el Programa de planificación familiar ofrece servicios para mí, y que los acepte de manera voluntaria sin ser forzada (presionada) de ninguna manera para recibir servicios o utilizar algún método particular de planificación familiar. Entiendo que si no quiero servicios de planificación familiar, aún puedo recibir cualquier otro servicio ofrecido.

PAGO

Autorizo la divulgación de cualquier información de salud relevante sobre mí o a la persona mencionada anteriormente para procesar un reclamo y solicitar el pago de Medicaid, Medicare, u otras compañías de seguros de terceros y otras agencias, ya sea para mí o para MCHD. Entiendo que soy financieramente responsable del pago de cualquier deducible, o pago de servicio que no está cubierto por el seguro médico. Acepto cumplir con las políticas financieras de MCHD y proporcionar mi pago asignado por mi seguro médico en el momento del servicio. Reconozco que algunos o todos los servicios médicos que recibo hoy pueden no estar cubiertos por mi proveedor de seguro de salud y acepto pagar de inmediato los cargos restantes que no estén cubiertos por el seguro, incluidas las tarifas de laboratorio externas.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo autorizo, cuando sea necesario, la liberación de mi historial médico ó de la persona mencionada arriba, para que sea fotocopiada, microfilmada por compañías fuera del Departamento de Salud y ser remitidas a terceras partes. También autorizo la liberación de mi historial médico ó de la persona mencionada arriba, para operaciones rutinarias de salud, tales como evaluar y revisar la calidad de la atención recibida y la competencia de los profesionales de la salud que trabajan en ó en nombre de MCHD. Yo entiendo y acepto que he recibido una copia del aviso de Prácticas de Privacidad de MCHD, la cual proporciona una descripción más completa de los usos y la divulgación de mi información médica ó de la persona nombrada arriba. En consideración por los servicios médicos recibidos por mí ó la persona mencionada arriba, acuerdo por este medio en liberar al MCHD, miembros de la junta directiva, directores, funcionarios, empleados, agentes y voluntarios, de cualquier responsabilidad legal originada por estos servicios médicos. Yo entiendo que el Estado de Alabama me permite dar autorización para el tratamiento, si tengo 14 años ó más y que si estoy en este rango de edad, no requiero de ninguna otra autorización, que yo soy el único propietario de mi historial médico y que yo soy el único autorizado para divulgar dicha información.

Doy autorización para recibir mensajes de texto en mi teléfono celular, para recordatorios de citas, salud general y balances de cuenta. MCHD no cobra por este servicio, pero tarifas estándar de mensajes de texto podrían ser cobradas como se especifica en su plan de celular. Puedo retirar mi consentimiento o negarme a recibir mensajes en cualquier momento mediante la comprobación de la casilla "NO" abajo. Entiendo que los mensajes de texto no son seguros, que pueden ser enviados por terceras personas y que esos mensajes contienen un número de riesgos asociados con ellos, incluyendo lo siguiente: mensajes de texto pueden ser dirigidos a la dirección incorrecta, interceptados, alterados, reenviados ó usados sin autorización o sin ser detectados.

YES, NÚMERO DE CELULAR:

NO

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE Ó REPRESENTANTE LEGAL

IMPRIMA NOMBRE DEL PACIENTE, PADRE Ó REPRESENTANTE LEGAL

IMPRIMA NOMBRE DEL TESTIGO

FECHA

PARA PACIENTES CON MEDICAID

La firma es requerida para todos los pacientes con Medicaid, como verificación de los servicios recibidos en la fecha del reclamo. Esta firma debe mantenerse en el historial médico del paciente. La firma no es requerida bajo las siguientes circunstancias: (1) Cuando el paciente es analfabeto; en este caso una X puede ser incluida por el paciente al frente de un testigo que ha visto al paciente poniendo la marca. (el testigo debe poner la firma y la fecha); (2) cuando el paciente no es competente para firmar por razones de la edad, incapacidad física o mental.