



Departamento de Salud Pública de Alabama Formulario de administración de vacunas COVID -19 INFORMACIÓN DEL PACIENTE
La guía de detección en el reverso de este formulario debe completarse antes de la administración de la vacuna.

Apellido		Primer nombre		inicial	Género
Últimos 4 Números del Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown	Raza	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Unknown
Dirección			Teléfono		
Ciudad	Condado		Estado	Código Postal	

INFORMACIÓN DE LOS PADRES / GUARDIANES LEGALES

Apellido	Primer nombre	Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro _____			
Dirección postal si es diferente		Ciudad	Estado	Código Postal	
teléfono		Contacto de emergencia			

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Proveedor de seguros (marque uno) : <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> SEIB <input type="checkbox"/> PEEHIP <input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro _____					
Número de grupo _____		Fecha de vigencia de la póliza _____		Número de póliza de seguro, Medicaid o número de Medicare	
Nombre del suscriptor de la tarjeta	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento del suscriptor:	Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	

He leído la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) o el VIS sobre el virus COVID -19 y la vacuna. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID -19. Doy permiso para que el paciente mencionado arriba reciba la vacuna indicada. Autorizo a facturar al seguro por la tarifa de administración de la vacuna proporcionada. También he recibido un aviso de mis derechos de privacidad y se me ha entregado u ofrecido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" del Departamento de Salud Pública de Alabama. Entiendo que esta información está disponible a pedido, así como disponible para revisión en el momento de la vacunación.

Firma o persona que recibirá la vacuna o representante autorizado o tutor legal:

X-----Fecha-----

(FOR CLINIC USE ONLY)

Date Vaccine and EUA/VIS Given	Type and Date of VIS or EUA Fact Sheet 02/25/2021	Clinical Site	County Code	NCES #	
Vaccine Given: <input type="checkbox"/> Pfizer 1st dose <input type="checkbox"/> Admin Code 0001A <input type="checkbox"/> Pfizer 2nd dose <input type="checkbox"/> Admin Code 0002A CPT code 91300					
Site Location:	Manufacturer Pfizer	Lot Number	NDC # 59267-1000-02	Site of Injection LA RA RT LT	Route IM
Vaccine Administrator Signature _____				Date	