

Apellido Legal		Nombre		2 nd Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad:	Genero: <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	
Dirección				Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	
Número de Teléfono () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		Seguro Social #		Etnia: Origen Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño Pacifico			
Idioma: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro			Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legal					
¿Da permiso para contactar por correo o teléfono? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				Correo Electrónico:				

Información de Seguro Medico

¿El paciente tiene seguro médico? Si No Si su respuesta es...Si, por favor de contestar lo siguiente.

<input type="checkbox"/> Medicaid/Soonercare	Numero de Medicaid:	Nombre (Come está en la tarjeta medica)		Apellido de soltero de la mama	
<input type="checkbox"/> Seguro Privado	Nombre de su Seguro Primario:	Nombre del tenedor de Póliza:		Numero de Grupo:	Numero de Póliza :
	Nombre de su Seguro Secundario	Nombre del tenedor de Póliza:		Numero de Grupo:	Numero de Póliza :
<input type="checkbox"/> Medicare	Tiene Medicare Parte B: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Es Medicare su póliza principal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Numero de Medicare:	

Consentimiento: Yo, el firmante, doy mi consentimiento para los servicios que estoy solicitando al Departamento de Salud de Tulsa (THD) y a sus entidades/contratistas. Reconozco que recibí la hoja Informativa Del Fabricante de la vacuna para los destinatarios y cuidadores antes de recibir la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo entiendo los beneficio y riesgos de la vacuna y solicito que se me administre la vacuna o a la persona para la que estoy autorizado a dar mi consentimiento. He revisado el Aviso de Practicas de Información de Salud (HIPAA) y entiendo que la información puede ser proporcionada a funcionarios de salud pública, profesionales de la salud y entidades de procesamiento de seguros.

Firma del Paciente O Tutor: _____ Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____

Preguntas Medicas:

- | | | | |
|--|--------|--|--------|
| 1. ¿Tiene fiebre (>100F), infección o está enfermo hoy? | Yes No | 5. ¿Tiene una enfermedad inmunodeprimida severa? | Yes No |
| 2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción significativa a una vacuna u otra inyección? | Yes No | 6. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? | Yes No |
| 3. ¿Está embarazada, planea estar embarazada o está amamantando? | Yes No | 7. ¿Tiene alergia a un componente de la vacuna? | Yes No |
| 4. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como tratamiento para COVID-19? | Yes No | 8. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días? | Yes No |

Date	Vaccine Type	Manufacturer	Lot Number	Exp. Date	Site	Data Entry
	COVID Vaccine					OSIS Complete Clerk Initial

Nurse/Vaccine Administrator:

Print Name _____ Signature _____