



## TRAER UNA COPIA DE TU SEGURO ACTUAL

### TARJETA DE SEGURO

Foto  Copia

### PACIENTE (usar nombre legal)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_

Estado Civil (circule) S C D V

Nombre del Conyugue \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Conyugue \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Language:  Ingles  Español  Otros \_\_\_\_\_

Dirección (Física, P.O. Box) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### EMPLEO DLE PACIENTE (circule) Tiempo Completo Medio Tiempo Trabajador Independiente

Nombre de Empleador/Empresa \_\_\_\_\_

Dirección (Física, P.O. Box) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Principal \_\_\_\_\_ Nombre de contacto \_\_\_\_\_  
(si es Compensacion de Trabajo)

### GARANTE (use nombre legal) Garante relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_

Dirección (Física, P.O. Box) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

### INFORMACION LABORAL DEL AEGURADOR (circule)

Tiempo Completo Medio Tiempo Trabajador Independiente

Titular en la Póliza \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador/Empresa \_\_\_\_\_

Dirección (Física, P.O. Box) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Principal \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

¿Ha recibido una vacuna de COVID-19 en los últimos 30 días?  Sí  No

¿Ha tenido una prueba de COVID-19 positiva en los últimos dos meses?  Sí  No

(Si respondió Sí a una de las preguntas anteriores, no está indicada la vacunación.  
En caso negativo, continúe con la evaluación para detectar contraindicaciones).

¿Alguna vez ha tenido una reacción grave (anafiláctica) a una vacuna contra el COVID?  Yes  No

¿Actualmente tiene alguna enfermedad con fiebre?  Yes  No

### Consentimiento para la inyección de COVID-19:

La información sobre la declaración de la vacuna COVID-19 no está disponible en los CDC en este momento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicité que me la administraran a mi o a las personas mencionadas anteriormente, para quienes estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto las responsabilidades de brindar atención ante cualquier problema con esta vacuna. Franciscan Healthcare facturará a mi Seguro médico. Autorizo el pago directo de beneficios a Franciscan Healthcare. Yo seré responsable del saldo no reembolsado del reclamo en la medida permitida por la ley.

Firma del Paciente/Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### FOR NURSE USE ONLY:

#### COVID-19 Administered

SARS COVID-19 Spikevax Vaccine

Site: RD/LD

RVL/LVL

Administered By \_\_\_\_\_

Date Given \_\_\_\_\_

Manufacturer: Moderna