

**Long Beach Island Health Department: COVID-19 Vaccine Clinic**

**St Francis Parish Hall**

**4700 Long Beach Blvd.,**

**Long Beach, Twp., NJ 08008**

**609-492-1212**

# Formulario de Registro de Vacunación COVID-19

|   |  |
|---|--|
| Nombre:   | Fecha de nacimiento:                           |
| Dirección:  | Género: <input type="checkbox"/> Masculino     |
| Teléfono:   | <input type="checkbox"/> Femenino              |
| Correo electrónico:   | <input type="checkbox"/> Desconocido           |
|   | <input type="checkbox"/> No Binario            |
| Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano | Origen étnico:                                 |
| <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u Otro Isleño <input type="checkbox"/> Blanco  | <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino    |
| <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Prefieren no Especificar  | <input type="checkbox"/> No Hispano            |
|   | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |

| <b>Interrogatorio de Pre-Immunización</b>  | <b>SÍ</b> | <b>No</b> |
|--|-----------|-----------|
| ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia)?             |           |           |
| ¿Tiene problemas de coagulación o está tomando algún medicamento anticoagulante? |           |           |
| ¿Tiene fiebre (>100 grado F)?  |           |           |
| ¿Ha recibido una terapia de anticuerpos pasivos para tratar el COVID-19?         |           |           |
| ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado?  |           |           |
| ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?                               |           |           |

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Con mi firma declaro que e leído, o me han explicado, La Forma de Autorización de Uso de Emergencia por el CDC acerca de la Vacuna de Janssen/ Johnson & Johnson o Moderna. Reconozco que hoy día, he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Practicas de Privacidad por el Departamento de Salud de LBI. Entiendo que esta vacuna podría producir ciertas síntomas en algunos pero no causara el Virus de Covid. Me han dado la oportunidad de ser preguntas cuales han sido contestados con satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la Vacuna contra el Covid y solicito que la vacuna sea puesta en mi persona o a alguien a quien tengo autoridad a ser esta solicitud. He contestado todas las preguntas con veracidad y exactitud. Solicito que el pago de beneficios autorizados de la seguridad sean a mi nombre o en nombre del Departamento de Salud de Long Beach Island por cualquier servicio provisto por LBI Health. Autorizo a la persona encargada de mi información médica el poder de distribuir cualquier información necesaria para evaluar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados a mi proveedor de seguridad y sus agentes.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de medicare (si corresponde): \_\_\_\_\_

No hay costos de bolsilla para la vacuna. Información sobre Medicare será solicitado para ayudar a compensar el costo de proveer este servicio médico a usted, el/la residente.

**A continuación para uso de enfermeras solamente:**

Dose: 1<sup>st</sup> \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> \_\_\_\_\_ Manufacturer: \_\_\_\_\_ Rout: Deltoid \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ R

Signature of Nurse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_