

# Formulario para la vacuna COVID-19

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
 Grupo # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Preguntas de recolección de datos para la vacuna	Sí	No
¿Es usted hispano/latino?		
¿Cuál es su raza? Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indoamericano/Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
¿Ha estado empleado como trabajador agrícola migratorio/temporal en los últimos 24 meses?		
¿Reside en una vivienda pública o en una vivienda donde recibe asistencia de alquiler?		
¿Es usted una persona sin hogar, en riesgo de perder su hogar o su residencia principal es un albergue, hogar de transición o cualquier otro tipo de vivienda temporal?		
¿Cuál es su idioma de preferencia? _____		

He recibido la **Hoja informativa para receptores y cuidadores**, he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la vacuna que se está administrando, y estas preguntas fueron contestadas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y por la presente autorizo la administración de la vacuna.

**Responsabilidades y derechos del paciente:** Se me ha dado acceso y es posible recibir una copia de los Derechos y responsabilidades del paciente en Terry Reilly.

**Notificación de las Prácticas de Privacidad:** Se me ha dado acceso y es posible recibir una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Terry Reilly.

**Información sobre la salud:** Entiendo que se puede compartir la información sobre mi salud entre las divisiones de salud dental, médica y salud conductual de Terry Reilly.

**Idaho Health Data Exchange/Intercambio de Información sobre la Salud (IHDE por sus siglas en inglés):** Entiendo que Terry Reilly es miembro del IHDE, un sistema seguro de intercambio de información de salud por internet, cuyo fin es mejorar la calidad de la coordinación de atención médica en Idaho. Comprendo que puedo “optar por no participar” en el IHDE, para ello debo completar el formulario “Requests to Restrict Disclosure of Health Information” (Solicitud para restringir la divulgación de información sobre la salud) y enviarlo directamente al IHDE por correo o fax, o puedo ponerme en contacto con IHDE llamando al (208) 332-7253.

**Partner Data Access Program/Programa de Acceso a Información entre Colaboradores (PDAP por sus siglas en inglés):** Terry Reilly Health Services puede acceder a la información sobre mí en el PDAP del Idaho Department of Health and Welfare (Departamento de Salud y Bienestar de Idaho) con el fin determinar mi elegibilidad para recibir descuentos de atención a la salud.

Recibir servicios de planificación familiar no es un prerrequisito para obtener ningún otro servicio ofrecido.

**Terry Reilly Health Services** es parte de un convenio organizado de atención médica que incluye a participantes de OCHIN. Puede encontrar una lista actualizada de los participantes de OCHIN en [www.ochin.org](http://www.ochin.org) Como socio de Adapt Oregon, OCHIN suministra tecnología informática y servicios relacionados a **Terry Reilly Health Services** y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en beneficio de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión en nombre de las organizaciones participantes con el fin de establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios que pueden resultar del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar conjuntamente para mejorar la gestión de las derivaciones, internas y externas, de pacientes. **Terry Reilly Health Services** puede compartir su información de salud con otros participantes de OCHIN o con un sistema de intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los propósitos de operaciones de las organizaciones de salud que participan en el convenio. Estas operaciones pueden incluir, entre otras, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar las prestaciones médicas que recibe. La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se revelará de conformidad con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable y de acuerdo con las enmiendas que se puedan realizar periódicamente. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya haya sido proporcionada de acuerdo con el permiso que usted había otorgado. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que usted lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

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

El paciente es un menor: Nombre del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Parentesco con el menor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la persona responsable: \_\_\_\_\_



# Formulario para la vacuna COVID-19

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Para las personas que reciben la vacuna:** Las preguntas a continuación nos ayudarán a determinar si existe alguna razón por la cual usted no debiera recibir la vacuna contra COVID-19 el día de hoy. **Si responde "sí" a cualquiera de las preguntas, eso no significa necesariamente que no deba recibir la vacuna, sino que es posible que se le hagan preguntas adicionales.** Si alguna pregunta no está clara, pídala a su profesional médico que se la explique.

Preguntas de verificación para la administración de la vacuna		Sí	No
¿Se siente enfermo(a) hoy? (Puede ser necesario posponer la vacuna dependiendo de la seriedad)			
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra COVID-19?			
Si responde sí, ¿cuál? Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Fecha dosis #1 _____ Fecha dosis #2 _____ ¿Trajo su tarjeta de vacunación?			
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica <b>grave</b> a otra vacuna (aparte de la vacuna contra Covid-19) o algún medicamento inyectable? (Consultar con el profesional médico antes de administrar la vacuna)			
¿Tiene alguna pregunta sobre la vacuna COVID-19 que quiera que se responda hoy?			
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a un componente de la vacuna contra Covid-19, incluido alguno de los siguientes? (Consultar con el profesional médico antes de administrar la vacuna) <input type="checkbox"/> Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como por ejemplo los laxantes para procedimientos de colonoscopias <input type="checkbox"/> Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas recubiertas y esteroides intravenosos <input type="checkbox"/> Una dosis previa de vacuna contra Covid-19			
<b>Marque todos los que corresponden:</b> <input type="checkbox"/> Soy una mujer entre 18-49 años (Evitar la vacuna J&J) <input type="checkbox"/> He sufrido una <b>reacción alérgica grave</b> a algo que no era una vacuna o medicamento inyectable tal como alimentos, animales, venenos, algo ambiental o algún medicamento oral (Observar durante 30 minutos) <input type="checkbox"/> He tenido Covid-19 y recibí tratamiento con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente en los últimos 90 días (Posponer la vacuna durante 90 días) <input type="checkbox"/> Se me ha diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A por sus siglas en inglés) después de una infección de Covid-19 (Consultar con el profesional médico) <input type="checkbox"/> Tengo un sistema inmunológico debilitado (por ej. infección VIH, cáncer) o tomo medicamentos inmunosupresores (Aún puede recibir la vacuna) <input type="checkbox"/> Tengo historial de factor de riesgo para un trastorno de sangrado (Evitar la vacuna J&J) <input type="checkbox"/> Estoy tomando un medicamento anticoagulante (Aplicar presión después de administrar) <input type="checkbox"/> Tengo historial de síndrome de Guillen Barre (Evitar la vacuna J&J) <input type="checkbox"/> Tengo historial de trombocitopenia inducida por heparina (HIT) (Consultar con el profesional médico) <input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando (Aún puede recibir la vacuna) <input type="checkbox"/> He recibido rellenos dérmicos (Observar durante 30 minutos) <input type="checkbox"/> <b>Soy un empleado(a) de Terry Reilly</b> y autorizo a que se incluya este formulario en mi archive de empleado como prueba de mi vacunación			
<b>** Office Use Only **</b>			
Site: R ___ L ___ Deltoid      Dose 1: ___ Dose 2: ___ Dose 3: _____		<input type="checkbox"/> Vaccine Card Provided	
<input type="checkbox"/> Moderna COVID-19 Vaccine (over 18) 0.5ml <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine (over 12) 0.3ml <input type="checkbox"/> Janssen COVID-19 Vaccine (over 18) 0.5ml <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine (5-11) 0.2ml		<input type="checkbox"/> Moderna COVID-19 Vaccine Booster (over 18) 0.25ml <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Booster (over 12) 0.3ml <input type="checkbox"/> Janssen COVID-19 Vaccine Booster (over 18) 0.5ml	
Lot#: _____ Exp. Date: _____ (check QR Code on Moderna vaccine vial for exp. date)			
Vaccine administered by: _____		Date: _____ Entered into EHR <input type="checkbox"/>	
Notes: _____			