

TCHD COVID19 ENCOUNTER

Fecha De Servicio: _____ **INS**
Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____ **Sex:** M/F
Dirreccion: _____ **Cuidad** _____ **Estado** _____ **Codigo Postal** _____
Numero: _____ **Celular:** _____ **Etnicidad:** _____
Primer Seguro: _____ **ID/Policy #:** _____

Completa para la persona recibiendo la vacuna:

- | <u>Yes</u> | <u>No</u> | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estás enfermo hoy? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido alergias a comidas o medicamentos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido una reacción grave a una vacuna (s) en el pasado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibiendo terapia con aspirina o terapia quimioterapia/radiación? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido debilidad muscular o parálisis causada por el síndrome de Guillain-Barré? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha recibido otras vacunas en las últimas cuarto semanas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estado enfermo(a) en la ultima semana, o recibiendo antibioticos o antivirales? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esta embarazada, o tiene una enfermedad crónica como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, diabetes, asma, enfermedad renal o hepática, anemia u otro trastorno sanguíneo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usted o alguien con quien vive tiene un sistema inmunológico debilitado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Es menor de 18 años? |

Me han dado una copia y he leído o me han explicado la información contenida en la Declaración de información de la vacuna sobre la enfermedad y la vacuna. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna sea dada a mí o a la persona a quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Estoy de acuerdo en que esta información puede ser compartida con las escuelas, guarderías, los proveedores de salud y otros cuando sea médicamente necesario. Me han dado una copia del Aviso del Condado del Departamento de Salud de prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de acercarme a cómo mi información de salud pública se utilizará. Entiendo que es mi responsabilidad saber cuál es mi plan de seguro y que cubre y me comprometo a pagar la parte no cubierta por el seguro. Yo entiendo que si el Condado de Tooele Departamento de Salud no tiene un contrato con mi compañía de seguros, o mi compañía de seguros se niega a pagar yo soy responsable de todos los cargos.

Cliente/Padres/Tutor Firma: _____ Fecha _____

**** Space below for Public Health Nursing Information Only****

X	Vaccine	Lot #	Site
	Moderna		T D L R
	Pfizer/BioNTech		T D L R
	Johnson& Johnson		T D L R
			T D L R
			T D L R

Nurse: _____

Clerk: _____

