

Covid 19
Bear River Health Department
Hoja de información del paciente

Información del paciente (por favor imprima)

Nombre del paciente : _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Edad del paciente _____

Número de la licencia de manejar del paciente: _____

Sexo del paciente : Masculino Femenino

Correo electrónico: _____

Domicilio del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del paciente: _____

(Requerido) Raza del paciente:

- | | | | | |
|---|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> White American | <input type="checkbox"/> Black/African | <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Asian Indian |
| <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Other Asian Hawaiian | <input type="checkbox"/> Native |
| <input type="checkbox"/> Samoan | <input type="checkbox"/> Tongan | <input type="checkbox"/> Guamanian | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Other Race |
| | | | <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native | |

(Requerido) Ethnicity:

- Hispanic Descent
- Not of Hispanic Descent
- Unknown

¿Tiene Seguro Médico? Sí No

Información de Seguro: (Por Favor imprima)

Tenga su tarjeta lista

Compañía del seguro: _____

Nombre de la persona en la póliza: _____ Fecha de nacimiento : _____

Número de la Póliza Id#: _____ Relación con la persona de la póliza: _____

¿Es esta su primera o segunda o tercera vacuna contra el covid? 1era 2nda 3era

¿Si esta es su segunda dosis, fue su primera dosis de? Pfizer Moderna

¿Ha tenido alguna reacción alérgica a alguna vacuna? Sí No

Pregunte al personal de clínica si desea una copia de la hoja de información de la vacuna.

Si no es así, reconozca que se le ofreció. Sí

¿Entiende la recomendación de esperar 15 minutos? Sí No

HIPAA

Yo reconozco haber recibido una copia del Departamento de Salud de Bear River notificación de práctica de Privacidad para información protegida (notificación) el cual he leído o revisado cuidadosamente y reconozco mis derechos para una descripción más completa para uso potencial, divulgación, petición o adquisición de esta información de salud protegida por el Departamento de Salud.

Yo reconozco que el Departamento de Salud reserva el derecho de cambiar los términos de su notificación, en cualquier momento, si el Departamento de Salud no cambia los términos de su notificación, Yo reconozco que tengo el derecho de obtener una nueva copia de la notificación en cualquier Departamento de Salud.

X

Firma del cliente (del Padre o Madre/ guardián/Representante)

Fecha

Consentimiento para servicio:

Se me ha proveído con información acerca de la vacuna que estoy recibiendo hoy. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna.

X

Firma del cliente (del Padre o Madre/guardián/Representante)

Fecha

For Office Use Only:

Lot Number: _____ Site: _____ Dose: 1st 2nd 3rd Nurse Initials: _____