

ADHS Formulario de consentimiento de vacuna COVID-19



ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Use este formulario junto con la [Lista de Verificación Antes de Vacunación para Vacunas COVID-19 de los CDC](#).

Información del paciente

Apellido	Nombre	Segundo nombre (opcional)		
Apellido de soltera de la madre (opcional)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Género		
Dirección	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="radio"/> Dirección no disponible	Número de teléfono	SSN o número de licencia de conducir/Id del estado		

Información del seguro

¿Usted tiene seguro? Sí No

Nombre del plan	# de grupo del plan	# de miembro del plan
Nombre de la persona cubierta por el plan	Fecha de nacimiento de la persona cubierta	Nombre de la persona responsable del plan

Dirección y número de teléfono de seguro privado (si está disponible)

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente cedo a Premier lab Solutions cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para la tarifa de administración de la vacuna COVID-19 que se me proporcionó. Acepto reenviar a Premier lab Solutions todo el seguro de salud y otros pagos de terceros que recibo por los servicios que me den inmediatamente después de recibirlos. Acepto permitir que el proveedor de atención médica publique información al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Arizona (ASIIS) que yo (o para la persona para la que estoy autorizado a dar su consentimiento) he recibido esta vacuna COVID-19. Esta información ayudará a realizar el seguimiento del fabricante y las dosis de la vacuna. He recibido una copia de la hoja informativa para la Autorización de uso de emergencia para la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y creo que entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas COVID-19 solicitadas. Pido que administren las vacunas a mí o a la persona para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Nombre impreso del paciente	Firma del paciente	Fecha de firma
Nombre impreso de la persona autorizada (si aplicable)	Firma de la persona autorizada	Fecha de firma

Información de administración de vacunas solo para inmunizadores

MODERNA US, INC.

80777-0273-99

Fecha de administración	Fabricante	NDC #	
021C21A	10/21/2021	IM	<input type="radio"/> Brazo izquierdo <input type="radio"/> Brazo derecho
Número de lote	Fecha de caducidad	Ruta	Sitio
Nombre y título del inmunizador	Firma del inmunizador		

¿Es la primera o segunda dosis del paciente? Primero Segundo