Formulario de reclamo y consentimiento del seguro
Vacunación contra el COVID-19

GetA*FluShot*.com
A Professional Health Care, LLC Company, Established 1989
Community Immunization Provider since 1991

Si ha experimentado reacciones graves o alergias a las vacunas y lleva un bolígrafo EPI, hágaselo saber a la enfermera.

División de empleo_____ ID del empleado _____

Compañía de seguros primaria N.° de seguro _____
Ninguna ☐ Moda☐ Kaiser☐

Apellido

Dirección de correo electrónico _____

Nombre

La dirección donde recibe los documentos del seguro (no su dirección de correo electrónico)

Ciudad ***Estado*** ***Código postal***

Teléfono (000-000-0000) ***Fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA)*** ***Género*** ***Raza (Opcional)***

☐ *Masculino* ☐ *No binario* ☐ *Femenino* ☐ *Otro*

¿Tiene fiebre?	Sí ☐	No ☐	Si es mujer, ¿está embarazada o planea estarlo?	Sí ☐	No ☐
¿Tiene alergias?	Sí ☐	No ☐	Si es mujer, ¿está amamantando?	Sí ☐	No ☐
¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes?	Sí ☐	No ☐	¿Ha recibido otra vacuna contra el COVID-19?	Sí ☐	No ☐
¿Está inmunocomprometido o toma algún medicamento que afecte su sistema inmunitario?	Sí ☐	No ☐	¿Qué dosis recibe hoy?	#1☐ #2 ☐ #3 ☐	

He leído las reacciones adversas asociadas con la vacuna del COVID-19. Hay disponible una copia de la Hoja informativa para receptores y cuidadores de la FDA a pedido del interesado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre estas vacunas y me han ofrecido una copia de la Hoja informativa para receptores y cuidadores para las vacunas que se van a administrar. Solicito que las vacunas se me administren a mí o a la persona indicada a continuación para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. Por mí mismo, mis herederos, albaceas, representantes personales y cesionarios, por la presente eximo al condado de Multnomah, a GetaFluShot (GAFS), la empresa, la escuela, el distrito escolar, el médico o el director médico y sus respectivas filiales, subsidiarias, divisiones, directores, contratistas, agentes y empleados, de todo y cualquier reclamo que surja en relación con o de cualquier manera relacionado con la administración de estas vacunas. GAFS y las partes mencionadas anteriormente no serán en ningún momento o en ninguna medida responsables legalmente o de cualquier otra manera por ninguna pérdida, lesión, muerte o daño sufridos o padecidos por alguna persona en algún momento en relación con o como resultado de este programa de vacunas o de la administración de las vacunas descritas anteriormente. Creo que los beneficios superan a los riesgos y asumo voluntariamente la responsabilidad total por las reacciones que pueda haber. Acepto permanecer en el área general al menos 15 minutos después de recibir la vacuna.

Firma de la persona responsable_____

Relación con el asegurado

Yo mismo ☐ ***Cónyuge*** ☐ ***Hijo*** ☐

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA):

Clinic Name_____

Date of Vaccination: _____

Mfg/Lot #:_____Expiration Date: _____

Nurse's Initials:_____Site of Injection: L R Deltoid

NURSE NOTES

Revisado 11/4/2021