

Formulario de Admisión de Vacunación de COVID-19



Nombre del paciente: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Edad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Persona Responsable: _____ Relación con el paciente: _____

Raza: Asiático Indio Americano / Nativo de Alaska Hawaiano / Isla del Pacífico

Negro / Afroamericano Blanco Otro

Etnia: Hispano / Latino No Hispano / Latino Desconocido / No Registrado

Información útil adicional

Nombre del Seguro Primario: _____ Número de ID del Seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Relación del Suscriptor con el Paciente: _____

OFFICE USE ONLY						
ADULT		PEDIATRIC				
VACCINATOR FULL NAME:		VACCINATOR FULL NAME:				
12+	12+	INFANT	INFANT	PEDIATRIC	PEDIATRIC	
PFIZER	MODERNA	PFIZER	MODERNA	PFIZER	MODERNA	
1 ST DOSE <input type="checkbox"/>						
2 ND DOSE <input type="checkbox"/>						
3 RD DOSE <input type="checkbox"/>	3 RD DOSE <input type="checkbox"/>	BIVALENT <input type="checkbox"/>	BIVALENT <input type="checkbox"/>	BIVALENT <input type="checkbox"/>	BIVALENT <input type="checkbox"/>	
BIVALENT BOOSTER <input type="checkbox"/>	BIVALENT BOOSTER <input type="checkbox"/>					
DATE:		DATE:				
LOT NUMBER:		LOT NUMBER:				
INJECTION SITE:		INJECTION SITE:				
SUPPORT NAME:		SUPPORT NAME:				

LEAD CHECK _____

SHELTON

SNF Facility?

SNF Employee

VERIFICATION IN CTWIZ _____

MOBILE

SNF Resident

LOCATION _____

SNF Visitor

Entiendo y acepto lo siguiente como parte de que yo reciba la vacuna COVID-19 de Griffin Hospital:

- No tengo copagos ni gastos de mi propio bolsillo.
- Griffin Hospital ha recibido la vacuna gratuitamente y no enviará ningún estado de cuenta o factura para cobrar el costo de la vacuna.
- Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para recibir la vacuna COVID-19 y reconozco que los riesgos, beneficios, y alternativas se me han explicado a mi plena satisfacción. Entiendo que la vacuna COVID-19 tiene posibles efectos secundarios. Entiendo que existe un riesgo remoto de efectos secundarios más graves o inesperados. Entiendo que el uso de emergencia de la vacuna COVID-19 ha sido autorizado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA por sus siglas en inglés).
- Autorizo que Griffin Hospital obtenga el pago por administrarme la vacuna. Entiendo y acepto las siguientes disposiciones:

Divulgación de información confidencial: Entiendo que mi información de salud médica es confidencial y está protegida contra la divulgación por ley, pero puede ser usada para tratamientos, pagos por servicios provistos, y operaciones del cuidado de la salud.

Divulgación a la aseguradora: Entiendo que Griffin Hospital y / o cualquier entidad médica u organización que brinde servicios médicos y pueda divulgar información a mi(s) aseguradora(s) para justificar el pago de atención o servicios médicos, o empleadores (y/o sus aseguradoras) en materia de indemnización laboral. A dichas personas o entidades se les permite examinar y obtener la información necesaria de mi historial médico de acuerdo con la aplicación de la ley relacionada con la información médica confidencial de los pacientes y las políticas del Historial Médico de Griffin Hospital.

Asignación de beneficios: Yo designo a Griffin Hospital y/ o a cualquier médico, entidad u organización que me brinde servicios médicos cualquier y todos los beneficios, incluido el pago, a los que pueda tener derecho. Los pagos incluyen los de cualquier agencia gubernamental, compañía de seguros u otros económicamente responsables de la atención médica que me hayan brindado a mí o a mi dependiente.

Apelación: Acepto que Griffin Hospital puede apelar cualquier rechazo de pago por parte de mi compañía de seguros por la atención médica brindada.

Disposiciones específicas para personas con Seguro de Medicare: Certifico que la información que he proporcionado con el propósito de solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Entiendo que cualquier titular de mi información médica o de otro tipo con respecto a mi tratamiento puede divulgar a la Administración del Seguro Social y/o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o sus intermediarios o proveedores, cualquier información necesaria en relación con un reclamo de Medicare. En relación con un reclamo de Medicare, solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios de Medicare pagaderos por los servicios del médico al médico, entidad u organización que proporciona los servicios o autorizo a dicho médico, entidad u organización a presentar un reclamo a Medicare en mi nombre.

Attestation: Al firmar este formulario te estás declarando que eres elegible para la vacunación de la estado de Connecticut

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha/Hora