



Distribución de Vacunas COVID
Formulario de Registro de Pacientes
TKS Pharmacy, 27 de Marzo

For office use:	
<input type="checkbox"/>	Registered
<input type="checkbox"/>	Chartered

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEMOGRÁFICOS

Apellido: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____ / ____ / ____
 Month / Date / Year

Nombre: _____

Idioma Preferido **Inglés** **Español** **Género:** **Masculino** **Femenino**
 Otro: _____ **No binario** **Otro:** _____

Numero de teléfono: _____ - _____ - _____

Dirección: _____ **Apto:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Etnicidad (seleccione todo lo que corresponda):

Blanco	Hispano	Negro	Asiático	Filipino
Isleño del Pacífico	Indígena de EE. UU	Nativo de Alaska	Otro: _____	

Nombre de contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ **Numero de teléfono:** _____ - _____ - _____

SELECCIONE LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA COVID-19

60 años o más **2+ condiciones de alto riesgo** **Trabajador esencial de primera línea**
Trabajador de la salud o socorrista **Maestro de pre-k-12** **Otro:** _____

SEGURO MÉDICO **Sí** **No**

Proveedor de seguro médico: _____

Subscriber Name: _____

Número de grupo: _____ **Número de póliza/ID:** _____

Preguntas sobre la salud (seleccione Sí o No):

- | | | |
|----|----|----------------------------------------------------------------------|
| Sí | No | ¿Está usted inmunocomprometido? |
| Sí | No | ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave? |
| Sí | No | ¿Está embarazada? |
| Sí | No | ¿Está amamantando? |
| Sí | No | ¿Ha recibido una vacuna que no sea COVID en las últimas dos semanas? |

Consentimiento para recibir la vacuna: Se me ha ofrecido una Declaración de Información sobre la Vacuna. He leído o se me ha explicado la información acerca de la Declaración de Información sobre la Vacuna COVID-19 y sobre COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las que se han respondido a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna COVID-19, y solicito que me administren la vacuna.

Firma:

PROVIDER DOCUMENTATION				
COVID Dose 1	R	L	Vaccinator:	Time of Vaccine: