

HORSHAM PHARMACY

Wellness Center

Square

575 HORSHAM RD UNIT C20 HORSHAM PA 19044

TEL 215-674-5050 FAX 215-957-5874

E-mail covid@horshamsquarepharm.com

WWW.HORSHAMSQUAREPHARMACY.COM

NOMBRE(S) _____ APELLIDO(S) _____ Fecha Nacimiento: M - D - A _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

TEL. CELULAR _____ TELEFONO _____ SEXO: MASC. FEM.

EMAIL: _____ GRUPO ETNICO HISPANO O LATINO NO HISPANO/LATINO NO SABE

RAZA: NATIVO AMERICANO O ALASKANO AFRO-AMERICANO ISLEÑO DEL PACIFICO ASIATICO BLANCO OTRO

SEGURO DE SALUD ID# _____ RXBIN _____ RXPCN _____

RXGROUP _____ RELACION YO MISMO(A) ESPOSO(A) HIJO(A) NOMBRE DEL SEGURO _____

INFORMACION DE MEDICARE PARA PACIENTES DE 65 AÑOS O MAYORES: POR FAVOR REFERIR A _____

MEDICARE RED, WHITE AND BLUE CARE! ID# DE MEDICARE _____

SI NO TIENE SEGURO, DEBE MARCAR LA CASILLA PARA AFIRMAR QUE LA SIGUIENTE INFORMACION ES VERDADERA Y CORRECTA:

Yo no tengo ningun seguro de salud, incluyendo pero no limitado a Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios privado o del gobierno. In order to have your vaccine adm. Fee paid for the U.S. H.R.&S.A. Covid-19 Program for Uninsured Patients, please provide either a valid SS# or State ID#, or a driver's license #. Si tiene numero de seguro social o licencia de conducir por favor escribala abajo:

SS# _____ Licencia # _____

Si esta cita es para su refuerzo (booster) por favor seleccione cual fue su primera serie de vacunas: J&J, Moderna, o Pfizer
 Por favor marque con circulo la vacuna que prefiere para su refuerzo (booster): J&J, Moderna, o Pfizer

| | |
|--|-----------|
| 1. Usted tiene o ha tenido en los ultimos 10 dias: fiebre, escalofrios, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolor de cuerpo o musculos, dolor de cabeza, perdida de olfato o gusto, dolor de garganta, congestion, mocos, nausea, vomito, or diarrea? | SI NO |
| 2. Ha salido positivo en alguna prueba de COVID-19 en los ultimos 14 dias? | SI NO |
| 3. En el pasado ha tenido alguna reaccion alergica severa? Por ejemplo: una reaccion en la que se le administro un EpiPen o le llevaron a un hospital? | YES NO |
| 4. Si usted respondio SI a la pregunta anterior, por favor escriba la causa de esa reaccion aqui: | |
| 5. Es usted alergico al polietilenglicol (ingles: Polyethylene Glycol) o productos que contengan polietilenglicol (Polyethylene Glycol)? | SI NO |
| 6. Fue la reaccion alergica severa relacionada con recibir polisorbato (ingles: Polysorbate) or products que lo contengan?? | SI NO |
| 7. Ha recibido alguna(s) vacuna(s) en los ultimos 14 dias? | SI NO |
| 8. Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma convalescente como parte de un tratamiento COVID-19 en los ultimos 90 dias? | SI NO |
| 6. Tiene usted un desorden de sangrado o esta tomando un anticoagulante? | SI NO |
| 7. Para mujeres, esta usted embarazada o lactando? | SI NO |

HORSHAM PHARMACY

Wellness Center

Square

575 HORSHAM RD UNIT C20 HORSHAM PA 19044

TEL 215-674-5050 FAX 215-957-5874

WWW.HORSHAMSQUAREPHARMACY.COM

Consentimiento para los servicios: Se me han proporcionado las Hojas de Información de vacunas o la hoja informativa del paciente correspondiente a la vacuna que estoy recibiendo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación y asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar. Entiendo que debo permanecer en el área de administración de la vacuna durante 15 minutos después de la vacunación para ser monitoreado para detectar posibles reacciones adversas. Entiendo que si experimento efectos secundarios debo hacer lo siguiente: llamar a la farmacia, comunicarse con el médico, llamar al 911. Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona mencionada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer la solicitud.

Autorización para solicitar el pago: Por la presente autorizo a Horsham Square Pharmacy a divulgar información y solicitar el pago. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo Medicare o Medicaid, o el Programa COVID-19 de HRSA para Pacientes sin Seguro, es correcta. Autorizo la liberación de todos los registros para actuar sobre esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

Divulgación de registros: Entiendo que Horsham Square Pharmacy puede estar obligada o puede divulgar voluntariamente mi información de salud al médico responsable de este protocolo de información de salud específica de las personas vacunadas en Horsham Square Pharmacy, mi médico de cuidado primario, mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y / o registros estatales o federales, para fines de tratamiento, pagar o entender que Horsham Square Pharmacy usará y divulgará mi información de salud según lo establecido en su Aviso de Prácticas de Privacidad (copia disponible en la tienda).

Firma del paciente para recibir la vacuna (o de los padres, tutores o representantes autorizados)

Date: _____

Nombre del padre, tutor o representante autorizado y Relación:

SECCION SOLO PARA PERSONAL DE SALUD

Vaccine Administration Information for Pharmacist/Nurse/Doctor Use Only:

ADMINISTRATION DATE _____ VACCINE MODERNA OR J&J VIS DATE 12/20 .5 (ML) LOT # _____

EXP DATE _____ ROUTE _____ SITE L OR R

ADMINISTERING IMMUNIZER NAME & TITLE _____