

Instrucciones para El Formulario de Consentimiento

- Apellido del Paciente (“Last Name”)
- Primer Nombre del Paciente (“First Name”)
- Fecha de Nacimiento del Paciente (“DOB”)
- Género del Paciente (**Dibuje un círculo alrededor de “M” para hombre o “F” para mujer**)
- Dirección de Casa (“Address”)
- Número de Teléfono (“Phone”)
- Ciudad y Estado Donde Vive (“City, State”)
- Código Postal (“Zip Code”)
- Dirección de E-mail (“E-mail”)
- Pregunta 1: ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica que haya requerido tratamiento con epinefrina/ EpiPen® o que le haya hecho ir al hospital? **Marque el sí (“Yes”) o el no.**
- Pregunta 2: ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a alguna vacuna, incluyendo las vacunas de COVID-19 o un medicamento inyectable? **Marque el sí (“Yes”) o el no.**
- Pregunta 3: ¿Ha recibido terapia de anticuerpos como un tratamiento para el COVID-19 en los últimos 90 días? **Marque el sí (“Yes”) o el no.**
- Pregunta 4: ¿Ha tenido COVID-19 en las últimas 2 semanas? **Marque el sí (“Yes”) o el no.**
- ¿Comentarios? (“Comments”)
- He leído o me ha ofrecido el formulario de autorización de uso de emergencia de los CDC sobre la vacuna de COVID-19. Entiendo que esta vacuna puede causar síntomas en algunas personas, pero, en realidad, no causará el virus de COVID-19 y puede no ser 100% efectiva. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y solicito que se me administre la vacuna a mí o a quien yo esté autorizado a hacer esta solicitud. He respondido a todas las preguntas con veracidad y exactitud.
- Aunque la vacuna de COVID-19 no tiene un costo, se facturará al seguro la cuota de administración. Solicito que el pago de los beneficios del seguro autorizado se haga a Ronald M. Frank, MD PA D/B/A Green Brook Family Medicine por este servicio. Autorizo la divulgación de información médica o de otro tipo para procesar esta demanda. La documentación de la administración de la vacuna será enviada al Registro de Inmunización de NJ, como lo requiere la ley.
- Firma del Paciente/Padre (“Patient/Parent Signature”) (**Firme el formulario en esa línea**)
- Fecha (“Date”) (Escribe la fecha allí)