# *Nombre del LHD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 PEF label

*DOCUMENT#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*HID/LOC/SITE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

# *Dirección del LHD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

# *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

# REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN

# VACUNA CONTRA EL COVID-19

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **#DE ID/SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *CALLE CIUDAD CONDADO ESTADO CÓDIGO POSTAL* **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *MES DÍA AÑO*

**RAZA:** (Marque UNA o MÁS) □**(W)** Blanca □ **(B)** Negra o Afroamericana □**(N)** Indígena de las Américas o Nativo de Alaska**\***

 □ **(A)** Asiática □ **(H)** Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico **ETNIA:** Hispano o Latino □Sí **o** □ No

**SEXO:** (Marque UNO) □Masculino □Femenino **¿Cuántas personas viven en el HOGAR:** \_\_\_ **INGRESO anual:** **$**\_\_\_\_\_\_\_

□ **Ingresos *NO* dados**

¿TIENE **MEDICAID**? □SÍ\* □NO DE SER ASÍ, **NÚMERO DE MEDICAID**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿TIENE **MEDICARE**? □SÍ □NO DE SER ASÍ, **NÚMERO DE MEDICARE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿TIENE **SEGURO MÉDICO**? □SÍ □NO\* DE SER ASÍ, **NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**# de póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titular del seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de grupo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SI USTED o SU NIÑO(A) TIENE MENOS DE 19 años Y TIENE COBERTURA DE UN SEGURO MÉDICO:**

□ **SÍ,** el seguro cubre las vacunas; □ **NO,** el seguro no cubre las vacunas **\*** ***\* VFC eligible***

## Solicito que se realice el pago de los beneficios del seguro médico autorizado a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en mi nombre o en nombre de mi hijo(a), por los servicios recibidos. También autorizo ​​al departamento de salud local a divulgar información médica a Medicare, otras partes pagadoras (compañías de seguros, Medicaid, etc.) y a sus agentes para que se determine el pago de los servicios. Soy consciente de que si Medicare rechaza el pago de este servicio, seré responsable del costo. Si estoy cubierto por un seguro privado facturable, soy consciente de que puedo ser responsable de algunos cargos adicionales no cubiertos por mi plan.

**X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Firma de la persona que recibe la vacuna o de la persona autorizada para hacer la solicitud (padre/madre o tutor/representante legal)***

El departamento de salud podrá guardar este registro en un expediente médico. Van a constatar la vacuna que se administra, la fecha de la vacunación, el nombre de la compañía que fabricó la vacuna, el número especial de lote de la vacuna, el sitio de inyección de la vacuna, la firma y el título de la persona que administra la vacuna y la dirección del lugar donde se administra la vacuna.

**He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y éstas me las respondieron satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra el COVID-19, y pido que me la pongan o que se la pongan a la persona nombrada más arriba, respecto a la cual estoy autorizado para hacer esta solicitud**.

**Firma del paciente X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Firma de la persona que recibe la vacuna o de la persona autorizada para hacer la solicitud (padre/madre o tutor/representante legal)***

## FOR HEALTH DEPARTMENT USE ONLY (*SÓLO PARA EL USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD*)

## FOR HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

 **Vaccine Manufacturer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vaccine Lot Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Injection Site:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature and Title of Provider:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provider# :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ICD Code:**  **Z23.** Encounter for immunization

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **√** | **COVID-19 VACCINE:(VFC under 19yrs *OR*  Medicaid covered)** | **√** | **COVID-19 NON-VFC VACCINE: (NON-VFC OR Medicare, Insurance)** |
|  | 91318 – Pfizer-SARSCOV2-VAC (Yellow cap) 0.3 mL IM |  | 91318NV–Pfizer-SARSCOV2-VAC (Yellow cap) 0.3mL IM  |
|  | 91319 – Pfizer-SARSCOV2-VAC (Blue cap) 0.3 mL IM |  | 91319NV–Pfizer-SARSCOV2-VAC (Blue cap) 0.3 mL IM |
|  | 91320 – Pfizer-SARSCOV2-VAC (Gray cap) 0.3 mL IM |  | 91320NV–Pfizer-SARSCOV2-VAC (Gray cap) 0.3 mL IM |
|  | 91321 – Moderna – SARSCOV2-VAC 0.25 mL IM |  | 91321NV – Moderna – SARSCOV2-VAC 0.25mL IM |
|  | 91322 – Moderna – SARSCOV2-VAC 0.5mL IM |  | 91322NV– Moderna – SARSCOV2-VAC 0.5mL IM |
| **√** | **ADMINISTRATION:** |  |  |
|  | 90480 – Administration of SARSCOV2 VACC 1 Dose |  |  |
|  | **80000 Unspecified Procedure**  |  |  |