

Departamento de Salud de Indiana

Vacuna COVID-19 Formulario de Admisión al Paciente

Nombre		Inicial Apellido	Fecha de Nacimiento	Teléfono Móvil
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Dirección	Email
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Ciudad	Estado	CP	Genero	¿Embarazada?
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Idioma	Ethnicidad	Raza:	Nombre de su Empleador
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no Indicar	<input type="checkbox"/> Hispano o latino/español <input type="checkbox"/> No hispano o latino/Español <input type="checkbox"/> Prefiero no Indicar	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Prefiero no Indicar	<input style="width: 95%;" type="text"/>

¿Está enfermo el paciente hoy?

S N

¿Tiene el paciente alergia a medicamentos, comida, un componente de vacuna o látex?

S N

¿Ha tenido el paciente alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?

S N

Principal Compañía de Seguro Médico

Número de Póliza

Identificación del Grupo (Si presente)

Titular de la Póliza

CONSENTIMIENTO DE PADRES DE ALUMNOS MENORES DE 18 PARA RECIVIR LA VACUNA COVID-19

Firma:	Fecha:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Notificación de Prácticas de Privacidad

Firma:	Fecha:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Vaccine Information (Only for office personnel use)

Vaccine Name	VIS/EUA Date	Dosage
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
CXV Code	Expiration Date	Administering Facility
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Lot Number	Administration Site	Administration Date
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Manufacturer	Administration Route	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	