

**Formulario de reclamo y
consentimiento del seguro
Vacunación contra el COVID-19**

GetAFluShot.com

A Professional Health Care, LLC Company, Established 1989
Community Immunization Provider since 1991

Si ha experimentado reacciones graves o alergias a las vacunas y lleva un bolígrafo EPI, hágase saber a la enfermera.

División de empleo _____ ID del empleado _____
 Compañía de seguros primaria N.º de seguro _____
 Ninguna Moda Kaiser

Apellido _____ **Dirección de correo electrónico** _____

Nombre _____

La dirección donde recibe los documentos del seguro (no su dirección de correo electrónico) _____

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

Teléfono (000-000-0000) _____ **Fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA)** _____ **Género** _____ **Raza (Opcional)** _____
 Masculino No binario
 Femenino Otro

¿Tiene fiebre? Sí No Si es mujer, ¿está embarazada o planea estarlo? Sí No
 ¿Tiene alergias? Sí No Si es mujer, ¿está amamantando? Sí No
 ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes? Sí No ¿Ha recibido otra vacuna contra el COVID-19? Sí No
 ¿Está inmunocomprometido o toma algún medicamento que afecte su sistema inmunitario? Sí No ¿Qué dosis recibe hoy? #1 #2 #3

He leído las reacciones adversas asociadas con la vacuna del COVID-19. Hay disponible una copia de la Hoja informativa para receptores y cuidadores de la FDA a pedido del interesado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre estas vacunas y me han ofrecido una copia de la Hoja informativa para receptores y cuidadores para las vacunas que se van a administrar. Solicito que las vacunas se me administren a mí o a la persona indicada a continuación para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. Por mí mismo, mis herederos, albaceas, representantes personales y cesionarios, por la presente eximo al condado de Multnomah, a GetaFluShot (GAFS), la empresa, la escuela, el distrito escolar, el médico o el director médico y sus respectivas filiales, subsidiarias, divisiones, directores, contratistas, agentes y empleados, de todo y cualquier reclamo que surja en relación con o de cualquier manera relacionado con la administración de estas vacunas. GAFS y las partes mencionadas anteriormente no serán en ningún momento o en ninguna medida responsables legalmente o de cualquier otra manera por ninguna pérdida, lesión, muerte o daño sufridos o padecidos por alguna persona en algún momento en relación con o como resultado de este programa de vacunas o de la administración de las vacunas descritas anteriormente. Creo que los beneficios superan a los riesgos y asumo voluntariamente la responsabilidad total por las reacciones que pueda haber. Acepto permanecer en el área general al menos 15 minutos después de recibir la vacuna.

Firma de la persona responsable _____ **Relación con el asegurado** Yo mismo Cónyuge Hijo **Fecha de la firma (MM/DD/AAAA):** _____

Clinic Name _____
 Date of Vaccination: _____
 Mfg/Lot #: _____ Expiration Date: _____
 Nurse's Initials: _____ Site of Injection: L R Deltoid

NURSE NOTES