



Formulario de Admisión de Vacunación Pediátrica COVID-19

Nombre del paciente: _____

Género: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Peso del paciente: _____

Ciudad/ Estado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de persona responsable: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Empleador: _____

Nombre del seguro primario: _____

Número de identificación del seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Relación del suscriptor con el paciente: _____

Raza (circule una):

<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Otra

Etnicidad (circule una): Hispano/Latino No Hispano/Latino Desconocido / No informado

SOLO PARA USO DE OFICINA

VAMS 3rd Party Attestation _____ Nurse Name: _____

BILLING PROCEDURE CODE NUMBER	SELECT	DATE:
-------------------------------	--------	-------

81	PEDIATRIC PFIZER VACCINE 1 ST ADMIN	
82	PEDIATRIC PFIZER 2 ND ADMIN	

LOT NUMBER:

INJECTION SITE:

SHELTON SITE NAUGATUCK SITE MOBILE – OFF-SITE MOBILE – 35 CARS LOCATION: _____

Formulario de Reconocimiento y Ratificación del paciente para la vacunación pediátrica COVID-19

Entiendo y acepto lo siguiente como parte de que yo reciba la vacuna COVID-19 de Griffin Hospital:

- No tengo copagos ni gastos de mi bolsillo.
- Griffin Hospital ha recibido la vacuna gratuitamente y no enviará ningún estado de cuenta o factura para cobrar el costo de la vacuna.
- Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para recibir la vacuna COVID-19 y reconozco que los riesgos, beneficios y alternativas se me han explicado a mi plena satisfacción. Entiendo que la vacuna COVID-19 tiene los posibles efectos secundarios. Entiendo que existe un riesgo remoto de efectos secundarios más graves o inesperados. Entiendo que el uso de emergencia de la vacuna COVID-19 ha sido autorizado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA por sus siglas en inglés).
- Autorizo que Griffin Hospital obtenga el pago por administrarme la vacuna. Entiendo y acepto las siguientes disposiciones:

Divulgación de información confidencial: Entiendo que mi información de salud médica es confidencial y está protegida contra la divulgación por ley, pero puede ser usada para tratamientos, pagos por servicios provistos, y operaciones del cuidado de la salud.

Divulgación a la aseguradora: Entiendo que Griffin Hospital y / o cualquier entidad médica u organización que brinde servicios médicos y pueda divulgar información a mi(s) aseguradora(s) para justificar el pago de atención o servicios médicos, o empleadores (y / o sus aseguradoras) en materia de indemnización laboral. A dichas personas o entidades se les permite examinar y obtener la información necesaria de mi historial médico de acuerdo con la aplicación de la ley relacionada con la información médica confidencial de los pacientes y las políticas del Historial Médico de Griffin Hospital.

Asignación de beneficios: Yo designo a Griffin Hospital y/ o a cualquier médico, entidad u organización que me brinde servicios médicos cualquier y todos los beneficios, incluido el pago, a los que pueda tener derecho. Los pagos incluyen los de cualquier agencia gubernamental, compañía de seguros u otros económicamente responsables de la atención médica que me hayan brindado a mí o a mi dependiente.

Apelación: Acepto que Griffin Hospital puede apelar cualquier rechazo de pago por parte de mi compañía de seguros por la atención médica brindada.

Disposiciones específicas para personas con Seguro de Medicare: Certifico que la información que he proporcionado con el propósito de solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Entiendo que cualquier titular de mi información médica o de otro tipo con respecto a mi tratamiento puede divulgar a la Administración del Seguro Social y / o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o sus intermediarios o proveedores, cualquier información necesaria en relación con un reclamo de Medicare. En relación con un reclamo de Medicare, solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios de Medicare pagaderos por los servicios del médico al médico, entidad u organización que proporciona los servicios o autorizo a dicho médico, entidad u organización a presentar un reclamo a Medicare en mi nombre.

Ratificación: Al firmar este formulario hago constar que yo cumplo con los requisitos de elegibilidad para la vacunación del estado de Connecticut.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha/Hora

Relación de la persona responsable con el paciente (si corresponde)