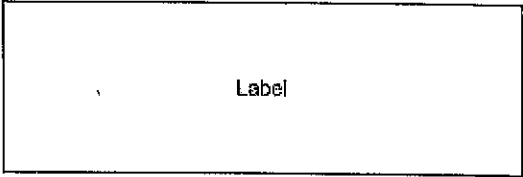


Copy of insurance card: Yes No Uninsured

CVMS: _____ CureMD: _____



Toe River Health District services and employment opportunities are offered to all people regardless of race, color, national origin, sex, religion, age, or disability.
Disposition: As POHR Manual destroy form in office after three years.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL COVID-19 DEL DISTRITO DE SALUD DE TOE RIVER

Complete este formulario. Debe devolver este formulario con una copia de su seguro, tarjeta de Medicare o Medicaid.

Por favor imprima: Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre _____
Apellido de _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Número de seguridad social _____

Dirección de correo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado de residencia _____ Número de teléfono _____

Por favor, marque "Sí" o "No" para cada pregunta. Todas las preguntas deben ser respondidas.

- 1. Ha tenido contacto cercano (dentro de los 6 pies durante al menos 15 minutos) en los últimos 14 días con alguien diagnosticado con Covid-19, o algún departamento de salud o proveedor de atención médica se ha puesto en contacto con usted y le ha recomendado cuarentena No Si
- 2. Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
(Fiebre, escalofríos, falta de aire o dificultad en respirar, nueva tos, nueva pérdida del gusto u olfato, congestión/goteo nasal, dolor de cabeza, diarrea, náuseas/vómitos)? No Si
- 3. En las últimas dos semanas ha tenido alguna inmunización? No Si
- 4. Tiene un trastorno hemorrágico? No Si
- 5. Ha tomado recientemente o está tomando anticoagulantes? No Si
- 6. Si respondió afirmativamente a las preguntas 4 o 5, tiene permiso por escrito de su proveedor de atención primaria para recibir la vacuna de Covid-19? No Si
- 7. Ha tenido algún relleno facial (Botox, etc) No Si

Inmunización Administrada:

- COVID -19 Dosis de Vacuna 1
- COVID-19 Dosis de Vacuna 2

Fecha de administración de la segunda dosis de la vacuna administrada _____ Fecha _____

- COVID-19 Tarjeta de verificación de vacuna proporcionada por el paciente
- Paciente informado(a) de la aplicación Segura V
- COVID-19 VIS dado

Yo autorizo el pago de los beneficios nombrados arriba a el Distrito de Salud de Toe River por los servicios recibidos. Yo reconozco que una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad ha sido puesta a mi disponibilidad

Firma del paciente o persona autorizada _____ Fecha _____

SOLO PARA USO DE OFICINA:

T R H D U S	COVI D-19	IMM DATE	DOSAGE <input type="checkbox"/> 0.50cc	ROUTE IM	SITE <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD	MFGR Moderna	LOT #
	Nurse's Signature _____						Expiration Date: _____

**E
O
N
L
Y**

Data Entry
Date/Initials _____

Copy of insurance card: Yes No Uninsured

NCIR: _____ **CureMD:** _____

Toe River Health District services and employment opportunities are offered to all people regardless of race, color, national origin, sex, religion, age, or disability.

Disposition: As POHR Manual destroy form in office after three years

Label