

Departamento de Salud del Condado de Beaufort
Declaración de permiso y asignación: Para la Vacuna del COVID Moderna 10/25

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Género: (circule) Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Número y Calle _____ Código Postal _____

Telefónico: Casa _____ Trabajo/Otro _____ Lenguaje Primario: (circule) Ingles Español Otro

Raza: (circule) Blanco Hispano Afroamericano Asiático Nativo Americano Otro

Correo Electrónico: _____

Información de la póliza de seguro

Medicaid Medicaid # de ID _____

Medicare Medicare Numero de Reclamo: _____

Sin Seguro Medico

Seguro Privado Nombre de la compañía de seguro médico: _____

De Póliza (# de ID del suscriptor) _____

Nombre del Grupo o Plan: _____ # de Grupo: _____

Evaluación Pre-Vacunación

He leído y entiendo la información que se me proporcionó sobre recibir vacunas contra el COVID de Moderna (Hoja de datos actuales) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que tengo derecho a aceptar o rechazar la vacuna. **Al firmar a continuación, certifico y doy fe que:**

- Tengo de 12-64 años con por lo menos uno o más factores riesgos o
- Tengo 65 años o mayor

Al firmar a continuación doy mi consentimiento para recibir la vacuna del COVID.

Firma/Padre o tutor _____ Fecha: _____

Consentimiento firmado por el paciente

Al firmar a continuación: Por la presente reconozco que una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" del Departamento de Salud del Condado de Beaufort estaba disponible para que yo la leyera y o recibiera una copia. _____
(Por favor, ponga sus iniciales)

Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Beaufort a presentar un reclamo en mi nombre (si corresponde) a Medicare, Medicaid y/o seguro privado u otro pagador externo. También autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar mi reclamo. Solicito que se realice el pago al Departamento de Salud del Condado de Beaufort en mi nombre

Firma/Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

FOR HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

8146743 12 and up (Private)

Date: _____ Given by: _____ RN# _____

Administration Site:

Left Deltoid Right Deltoid

91322 (12 yrs.&up)

Diagnosis Code Z23

Admin. CPT 90480

NDC# 80777-0112-96 (12&up) .05ml