**Consentimiento y autorización para la aplicación de la vacuna contra la COVID-19**

**(EN LETRA IMPRENTA)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Apellido del paciente**: | **Nombre**: |  | **Inicial 2.º nombre**: |
| **Sexo**: ☐ M ☐ F | **FDN**: / / |  | **Edad**: |
| **Dirección**: | **Ciudad**: | **Estado**: | **Código postal**: |
|  |  |  |  |
| **Celular**: ( ) | **Teléfono alternativo:** ( ) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si existe algún motivo por el que no debería recibir la vacuna contra la COVID.**  *Responder “sí” a cualquier pregunta no impide que se vacune. Significa que se le harán otras preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a un proveedor de atención médica que se la explique.* | | | |
| 1. | ¿La persona que se va a vacunar ha recibido alguna vez la vacuna contra la COVID-19? Fecha ... | Sí | * No |
| 2. | ¿La persona que se va a vacunar es alérgica a algún componente de la vacuna? ................ | * Sí | * No |
| Alergias: | | | |
| 3. | ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la COVID-19? ................ | * Sí | * No |
| 4. | ¿La persona que se va a vacunar está enferma hoy?................................................................................ | * Sí | * No |
| 5. | ¿La persona que se va a vacunar es menor de 18 años?............................................................................. | * Sí | * No |
| 6. | ¿La persona que se va a vacunar está embarazada, tiene la intención de quedar embarazada en los próximos 30 días o está amamantando? ……………………………………………………………………………… …………………………………… | * Sí | * No |

**Solicitud de administración de la vacuna contra la COVID-19 para el destinatario mencionado anteriormente:**

Reconozco que he recibido la Declaración de información de la vacuna o la Hoja de información para la autorización de uso de emergencia. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Soy consciente de que, para brindar la protección contra el virus que causa la COVID-19, es posible que se requieran dos dosis de esta misma vacuna. Reconozco que puedo recibir un recordatorio para una segunda dosis por mensaje de texto (si se proporciona el número de teléfono celular, se pueden aplicar tarifas de mensajería estándar), llamada telefónica o correo. Por la presente, libero al Centro Médico de la Universidad de Tennessee, sus afiliados, empleados, directores y funcionarios de toda responsabilidad por cualquier accidente, acto por omisión o comisión que surja durante la vacunación.

## FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE AUTORIZADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA/HORA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certificación del paciente, autorización para divulgar información y solicitud de pago de beneficios de Medicare y Medicaid/TennCare:**

Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y Medicaid/TennCare es correcta. Autorizo a cualquier persona que tenga acceso a mi información médica o de otro tipo a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradoras cualquier información necesaria para el presente documento o para cualquier reclamo relacionado con Medicare o Medicaid/TennCare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Esta autorización y cesión tendrá vigencia por un año.

**Autorización para divulgar información y asignación de los beneficios del seguro:**

Por la presente, autorizo a University of Tennessee Medical Center (UTMC) a divulgar la información solicitada por mi compañía de seguros. Asigno a UTMC los beneficios del seguro aquí especificados y pagaderos a mí, pero sin exceder los cargos regulares de UTMC, para este período de hospitalización, y autorizo y ordeno a mi compañía de seguros que realice el pago de dichos beneficios directamente a UTMC.

## FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE AUTORIZADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA/HORA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\* El representante autorizado debe proporcionar documentación para poder firmar en nombre del paciente.