



# COVID-19 Vaccination Record

## Personal Information

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Mobile Phone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

How do you prefer we contact you?  Phone Call  Email  Any  None

Race:  American Indian or Alaska Native  Asian  Black or African American  White  Other

Gender:  Male  Female  Unknown Ethnicity:  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino

Name of PRIMARY Insurance (Circle): Uninsured Medicare Medicaid UHC MC Advantage

BCBS MCR Cigna AETNA Other: \_\_\_\_\_

Member Number: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_

Policy Holder's Name: \_\_\_\_\_ Policy Holder's DOB: \_\_\_\_\_

## Which Group are you in?

\_\_\_\_\_ Group 1 – Healthcare workers (examples: health techs, chiropractors, persons caring for other medically fragile persons, etc.)

\_\_\_\_\_ Group 2 – Age 65 or older

\_\_\_\_\_ Group 3 – Frontline Essential Workers (examples: education, transportation, government and community services, etc.)

\_\_\_\_\_ Group 4 – Adults (age 16-64) at increased risk for exposure and severe illness (examples: COPD, Asthma, etc.)

\_\_\_\_\_ Group 5 – Any adult who does not fall into any of the other groups



**COVID-19 Vaccination Record**

**Consent (If you agree, check each one and then sign/date)**

\_\_\_\_\_ I certify that I am: (a) at least 18 years of age (b) the parent or legal guardian of the minor patient; or (c) the legal guardian of the patient. Further, I hereby give my consent to the licensed healthcare provider administering the vaccine, as applicable (each an “applicable Provider”), to share my personal, demographic and health condition information in order to provide me with vaccination services for the COVID-19 vaccine. I understand that the health data shared within this questionnaire will be used to determine my eligibility for receiving the COVID-19 vaccination and further determine timing of when the vaccine will be made available to me.

\_\_\_\_\_ I have read or have had explained to me the information provided in the Emergency Use Authorization (EUA) Factsheet or Vaccine Information Statement about COVID-19 vaccine. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of COVID-19 vaccine and ask that the vaccine series be administered to me or to the person named above for whom I am authorized to make this request.

\_\_\_\_\_ Privacy: I understand a copy of the Notice of Privacy Practice is available upon request; I may request a copy or inquire if I have questions about the content. I give permission to Wilkes Health to file any claims on behalf of myself or patient to the insurance company for billing purposes.

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



# COVID-19 Vaccination Record

## Información personal

Nombre : \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad : \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa : \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico : \_\_\_\_\_

¿Que prefieres para contactarnos?  Llamada  email  Ambos  Ninguno

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Afroamericano  Blanco  Otro

Género:  Masculino  Femenino  Otro Etnicidad:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

## Nombre del seguro PRIMARIO (círcular):

No Tiene Seguro Médico Medicare Medicaid UHCMC Advantage BCBS MCR

Cigna AETNA Otro \_\_\_\_\_

Número de miembro: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular \_\_\_\_\_

## ¿En qué grupo estás?

\_\_\_\_\_ Grupo 1 - Trabajadores de la salud

(ejemplos: técnicos de la salud, quiroprácticos, personas que cuidan a otras personas médicamente frágiles, etc.)

\_\_\_\_\_ Grupo 2: 65 años o más

\_\_\_\_\_ Grupo 3 - Trabajadores esenciales de primera línea

(ejemplos: educación, transporte, servicios gubernamentales y comunitarios, etc.)

\_\_\_\_\_ Grupo 4: adultos (de 16 a 64 años) con mayor riesgo de exposición y enfermedades graves

(ejemplos: EPOC, asma, etc.)

\_\_\_\_\_ Grupo 5: cualquier adulto que no pertenezca a ninguno de los otros grupos



## COVID-19 Vaccination Record

### Consentimiento (si está de acuerdo, marque cada uno, firme , fecha)

\_\_\_\_\_ **Certifico** que soy: (a) al menos 18 años de edad (b) el padre o tutor legal del paciente menor de edad; o (c) el tutor legal del paciente. Además, por la presente doy mi consentimiento para que el proveedor de atención médica autorizado que administra la vacuna, según corresponda (cada uno de ellos sea un "Proveedor aplicable"), para compartir mi información personal, demográfica y de mi estado de salud con el fin de brindarme servicios de vacunación contra el COVID-19. Entiendo que los datos de salud compartidos dentro de este cuestionario se utilizarán para determinar mi elegibilidad para recibir la vacuna COVID-19 y determinar aún más el momento en que la vacuna estará disponible para mí.

\_\_\_\_\_ He leído o me han explicado la información proporcionada en la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) o la Declaración de información sobre la vacuna sobre la vacuna COVID-19. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos serie de vacunas COVID-19 y pido que me la administren a mí oa la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

\_\_\_\_\_ Privacidad: Entiendo que una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible a pedido; Puedo solicitar una copia o preguntar si tengo preguntas sobre el contenido. Doy permiso a la Wilkes Health para presentar cualquier reclamo en mi nombre o en el del paciente a la compañía de seguros para fines de facturación.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha :** \_\_\_\_\_