



Care4All Community Care, Inc.
Serving You @ Home!

COVID-19 Vaccine Consent and Administration Record

Care4All Community Care, Inc
 1174 Mckendree Church Road, Suite 200
 Lawrenceville, GA 30043
 Phone: 678.719.9677 Fax: 888.541.3996

Name: _____ Male: _____ Female: _____ Date of Birth: _____
 Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Phone: _____ Allergies: _____ Race: _____
 Primary Care Physician: _____ Office Phone Number: _____

Screening Questions

1. Are you sick today?	Yes	No
2. Do you have allergies to medications, food, eggs, yeast, a vaccine component, or latex?	Yes	No
3. Have you ever had a serious reaction after receiving a vaccination?	Yes	No
4. Has any physician or other healthcare professional ever cautioned or warned you about receiving certain vaccines or receiving vaccines outside of a medical setting?	Yes	No
5. Do you have a long-term health problem such as heart disease, lung disease, liver disease, asthma, kidney disease, metabolic disease (e.g., diabetes) anemia or other blood disorder?	Yes	No
6. Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem? Have you been diagnosed with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, Crohn's disease, herpes, or cold sores?	Yes	No
7. For women: Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant during the next month?	Yes	No
8. In the past 4 weeks have you had any other vaccines? If yes, what was given & when: _____	Yes	No

Consent

I have read, or have had read to me, the written information regarding the vaccine(s) being administered. I have had the opportunity to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine(s) being administered and have received a copy of a current Vaccine Information Sheet. I, on behalf of myself, my heirs, executors, personal representatives, agents, successors, and assigns hereby agree to release, indemnify, and hold harmless Gwinnett Drugs, its subsidiaries, divisions, affiliates, agents, officers, directors, contractors, and employees from any and all claims arising out of, in connection with, or in any way related to the administration of the vaccine(s). I certify that I am at least 18 years old and hereby give my consent to the pharmacists of Gwinnett Drugs to administer the vaccine(s). If under 18 years old signature by parent or guardian is required. I agree to wait near the vaccination location for approximately 15 minutes for observation by the pharmacist.

HIPAA Privacy Information and Medical Records

- 1) I have acknowledged that I have received the providers Notice of Privacy Practices which may be provided at my request.
- 2) For Medicare, Medicaid, or Insurance Billing: I authorize this provider to release information and request payment. I understand that the information given by me in applying for payment is correct.
- 3) I authorize the release of all records to act on this request and I request that the payment of benefits be made on my behalf.

Name (print) _____ Signature _____ Date _____

Insurance Information

Are you a facility resident? If yes, list facility name: _____ Room#: _____

Medical Insurance Payer: _____ Policy #: _____ Group #: _____

Prescription Drug Plan: RxBIN: _____ RxPCN: _____ Group #: _____ ID #: _____

Administration (Pharmacist Use Only)

Vaccine	Dose	Manufacturer	Lot	Exp Date	Dose	Site of Injection	Date of VIS	Signature of Administrator of Vaccine
COVID-19	First Dose	Moderna			0.5 ml	LD RD	12/20/2020	
COVID-19	Second Dose	Moderna			0.5 ml	LD RD	12/20/2020	



Care4All Community Care, Inc.
Serving You @ Home!

Registro de consentimiento y administración de la vacuna COVID-19

Care4All Community Care, Inc
 1174 Mckendree Church Road, Suite 200
 Lawrenceville, GA 30043
 Teléfono: 678.719.9677 Fax: 888.541.3996

Nombre: _____ Masculino: _____ Mujer: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Expresar: _____ Cremallera: _____
 Teléfono: _____ Alergias: _____ Raza: _____
 Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono de la oficina: _____

Preguntas de cribado

1. ¿Estas enfermo hoy?	sí	No
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, huevos, levadura, un componente de una vacuna o látex? ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?	sí	No
3. ¿Algún médico u otro profesional de la salud alguna vez le advirtió o advirtió acerca de recibir ciertas vacunas o recibir vacunas fuera de un entorno médico?	sí	No
4. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad hepática, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otro trastorno sanguíneo?	sí	No
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? ¿Le han diagnosticado artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, herpes o herpes labial?	sí	No
6. Para las mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	sí	No
7. En las últimas 4 semanas, ¿ha recibido otras vacunas? En caso afirmativo, qué se le dio y cuándo: _____	sí	No

Consentimiento

He leído, o me han leído, la información escrita sobre las vacunas que se están administrando. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s) que se administran y he recibido una copia de una Hoja de información de vacunas actual. Yo, en mi nombre, mis herederos, albaceas, representantes personales, agentes, sucesores y cesionarios, por la presente acepto liberar, indemnizar y eximir de responsabilidad a Gwinnett Drugs, sus subsidiarias, divisiones, afiliadas, agentes, funcionarios, directores, contratistas y empleados de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de, en conexión con, o de alguna manera relacionada con la administración de la (s) vacuna (s). Certifico que tengo al menos 18 años de edad y por la presente doy mi consentimiento a los farmacéuticos de Gwinnett Drugs para que administren la (s) vacuna (s). Si es menor de 18 años, se requiere la firma del padre o tutor. Estoy de acuerdo en esperar cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos para que el farmacéutico lo observe.

Información de privacidad y registros médicos de HIPAA

- 1) He reconocido que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de los proveedores que se puede proporcionar a mi solicitud.
- 2) Para Medicare, Medicaid o facturación de seguros: autorizo a este proveedor a divulgar información y solicitar el pago. Entiendo que la información que proporcioné al solicitar el pago es correcta.
- 3) Autorizo la divulgación de todos los registros para actuar sobre esta solicitud y solicito que el pago de los beneficios se realice en mi nombre.

Nombre (letra de imprenta) _____ Firma _____ Fecha _____

Información del seguro

¿Es residente de una instalación? En caso afirmativo, indique el nombre de la instalación: _____ Habitación#: _____

Pagador del seguro médico: _____ Política #: _____ Grupo #: _____

Plan de medicamentos recetados: RxBIN: _____ RxPCN: _____ Grupo #: _____ IDENTIFICACIÓN #: _____

Administración (solo para uso farmacéutico)

Vacuna	Dosis	Fabricante	Lote	Fecha de vencimiento	Dosis	Lugar de inyección	Fecha de VIS	Firma del Administrador de Vacuna
COVID-19	Primera dosis	Moderna			0,5 ml	LD RD	20/12/2020	
COVID-19	Segunda dosis	Moderna			0,5 ml	LD RD	20/12/2020	