

## **Farmacia Perrone Pharmacy, Inc.**

### **FORMULARIO 1 INSTRUCCIONES PARA EL CONSENTIMIENTO COVID-19 Y EL FORMULARIO DE LIBERACIÓN**

#### **SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL**

- A) Esta sección debe rellenarse en su totalidad. No deje ningún espacio en blanco. Si no tiene una dirección de correo electrónico, escriba "NONE".
- B) Si no tiene información sobre el nombre de pila de su madre o su apellido de soltera, escriba "DESCONOCIDO".
- C) Debemos reportar su raza/etnia al Registro de Inmunización. Por favor, rellene este espacio en blanco.
- D) Debe responder "Sí" o "No" en cuanto a si tiene algún tipo de seguro médico o seguro de beneficios de farmacia. La vacunación se le proporcionará sin costo alguno, ya sea que tenga seguro o no; sin embargo, estamos obligados a facturar un seguro, si existe alguno.
- E) Para completar el proceso de administración de vacunación, debe traer originales o copias de los siguientes documentos:
  - i) Su tarjeta de beneficios médicos (lo que presenta al consultorio del médico);
  - ii) Su tarjeta de beneficios de medicamentos recetados (lo que usted presenta a la farmacia al recoger recetas- algunos planes de seguro tienen el beneficio de medicamentos recetados en la misma tarjeta que el beneficio médico, PERO NO TODOS LOS PLANES LO HACEN);
  - iii) Si está en Medicare, cualquier tarjeta de cobertura suplementaria de Medicare;
  - iv) Si está en Medicare, su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare; Y
  - v) Su licencia de conducir actual, identificación con foto oficial o pasaporte.

#### **SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN COVID-19/LISTA DE VERIFICACIÓN**

POR FAVOR LEA ANTES DE SU CITA, PERO NO LLENE HASTA EL DÍA DE SU CITA.

#### **SECCIÓN 3: CONSENTIMIENTO PARA EL SEGURO DE VACUNACIÓN Y FACTURACIÓN**

ESTA SECCIÓN DEBE ESTAR FECHADA Y FIRMADA EN EL MOMENTO DE SU VACUNACIÓN.

#### **SECCIÓN 4: ESTA SECCIÓN QUE COMPLETARÁ EL ADMINISTRADOR DE VACUNAS DE FARMACIA**

POR FAVOR, NO LLENE ESTA SECCIÓN.