



COLUMBIA GORGE
FAMILY MEDICINE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNAS COVID-19

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor imprima)

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___

Edad: _____ **Sexo:** Masculino Femenino

Raza: asiático nativo americano isleño del Pacífico blanco otra etnia: hispano no hispano

Dirección : _____ **Ciudad:** _____

Teléfono: _____ **¿Tiene seguro?** No Sí

INFORMACIÓN DE SEGURO

(Por favor, entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Seguro Primario: _____

Nombre del suscriptor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Grupo No: _____

Política No: _____

Relación del cliente con el suscriptor: _____

Seguro secundario: _____

Nombre del suscriptor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Grupo No: _____

Política No: _____

Relación del cliente con el suscriptor: _____

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Si califico, autorizo la facturación a mi compañía de seguros y la divulgación de la información necesaria para procesar mis reclamos.

Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a CGMF.

_____ **Fecha de firma del cliente** _____