



Centros de Salud Erie: Formulario de registro de vacunación contra el COVID-19

La vacuna se suministrará sin costo alguno para ti, independientemente de tu situación de seguro médico o migratorio.

Antes de salir de tu cita para la primera dosis, se programará una cita para que recibas tu segunda dosis, 28 días después.

Visita erie.health/vaccine para obtener información sobre la vacuna, cómo funciona, su seguridad y los posibles efectos secundarios.

Información del Paciente

Primer nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo asignado al nacer: Mujer Hombre
MM / DD / AAAA

Correo Electrónico: _____

Teléfono celular: _____ - _____ - _____ Teléfono de casa: _____ - _____ - _____

Dirección Línea 1: _____

Dirección Línea 2: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Idioma principal: Inglés Español Otro _____

Nombre del contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono de emergencia _____ - _____ - _____

Beneficios/Información del Seguro Médico. We will bill insurance for the administration of the vaccine when insurance is available. **Recordatorio- No es necesario tener seguro médico para recibir la vacuna contra el COVID-19. La vacuna se suministrará sin costo alguno para ti.**

¿Tienes actualmente seguro médico? Sí No

Marque uno: All Kids/Medicaid Medicare Commercial Insurance

El asegurador: Póliza/Grupo _____ Número de póliza _____

Hacemos las siguientes preguntas opcionales para entender mejor a las personas y a la comunidad que servimos:

Raza (marque todas las razas que apliquen):

- Indígena Americano/Nativo de Alaska (incluye Indígena Americano/Nativo de Alaska de descendencia Latina o Hispana) Asiático
 Negro o Afroamericana (incluye Negro o Afroamericano de descendencia Latina o Hispana) Nativo de Hawái
 Nativo de otras Islas pacíficas Blanco (incluye Blanco de descendencia Latina o Hispana)
 Otro _____ Prefiero no contestar

Etnia: Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino Otro _____
 Desconozco esta información Prefiero no contestar

Identidad de género: Mujer Hombre Mujer trans (hombre a mujer) Hombre trans (de mujer a hombre)
 Otro _____ Prefiero no contestar

Orientación Sexual: Heterosexual Lesbiana Gay Bisexual Queer Otro _____
 Prefiero no contestar

¿Deseas información sobre cómo convertirte en paciente de los Centros de Salud Erie? Sí No