



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

**Salem Board of Health**

**Vacunas de Covid-19 para personas mayores de edad Confiados en su hogar.**  
**Correo a: Salem Council on Aging, 401 Bridge Street, Salem MA 01970**

**Información de Persona mayor**

*Favor de completar información sobre la persona mayor de edad confiada en su hogar. Ellos deben de ser residentes de Salem mayores de 65 años de edad. Al ofrecer a colectar esta información la ciudad no garantiza que podrá necesariamente ofrecer la vacuna del COVID-19 a esta persona mayor. Esta información será colectada, y si la persona mayor es elegible Y la ciudad tiene la vacuna disponible, un representante de la ciudad o un contratista de vacunas de la compañía ambulatoria Cataldo, se comunicará la persona encargada o a la persona mayor directamente. La información ingresada por este formulario es confidencial y exento de la ley de récord público.*

1. Primer nombre y apellido de la persona mayor.
2. Información de contacto (debe de ser en Salem; so se permite P.O. Box)  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Correo electrónico (si le aplica) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_
3. Raza
  - a. Blanco o Caucásico
  - b. Negro o Africano Americano
  - c. Hispano o Latino
  - d. Asiático o Asiático Americano
  - e. Indio Americano / Nativo de Alaska
  - f. Nativo de Hawaii u otro de Isla Pacífica
  - g. Otra raza
4. Etnia
  - a. No Hispano o Latino
  - b. Hispano o Latino
5. Fecha de Nacimiento  
Fecha: \_\_\_\_\_
6. Idiomas (marque todas la que apliquen)
  - a. Ingles
  - b. Español
  - c. Portugués
  - d. Otro (favor sea especifico)

**Información de persona encargada (si le aplica)**

7. Información de Contacto  
Nombre \_\_\_\_\_  
Compañía/Organización (si le aplica) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Dirección 2da \_\_\_\_\_  
Ciudad/Pueblo \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

8. A quien debemos de contactar
- Persona mayor
  - Persona encargada
  - Otro (sea específico con la información de contacto)

### **Seguro Medico**

*No hay cargos para recibir la vacuna del COVID-19, sin embargo, los proveedores de la vacuna necesitan coleccionar información de seguro médico si está disponible.*

9. ¿Qué tipo de seguro médico tiene la persona mayor?
- Medicare
  - MassHealth/Medicaid
  - Seguro Privado
  - No tiene seguro

10. Compañía de seguro medico \_\_\_\_\_

11. Número de identificación de membrecía

12. Numero de Grupo

13. Nombre del cabecero de la póliza (si es diferente de la persona mayor)

14. Relación a la persona mayor a cabecero de la póliza
- Si mismo
  - Pareja
  - Otro depende

### **Examinación de la Vacuna**

*Todas las preguntas en esta parte deben de ser contestadas*

15. ¿Cuál vacuna espera la persona mayor, la primera o la segunda vacuna?
- Primera
  - Segunda

16. ¿La persona mayor esta temporaria mente confiado a su hogar debido a condición médica, pero de otra manera tendrá la habilidad de viajar solos o con asistencia?
- Si
  - No

17. ¿Está recibiendo la persona mayor servicios de asistencia en su hogar?
- No
  - Si (Especifique el nombre de la agencia)

18. ¿Esta persona mayor vive en un sitio de vivienda de cuido de largo plazo, vivienda asistida, ¿o en sitio de cuidado colectivo?
- Si
  - No

19. ¿Esta persona mayor vivía en un sitio de vivienda social ofreciendo la Vacuna del COVID-19?
- Si
  - No

20. ¿Esta persona mayor tiene la habilidad de salir de su hogar como para una cita médica o a un estilista?
- Si
  - No
21. ¿Esta persona mayor tiene reacciones alérgicas severas (ej. Anaphylaxis) a algo administrado por su médico?
- Si
  - No
22. ¿Ha recibido esta persona mayor alguna otra vacuna en los últimos 14 días?
- Si
  - No
23. ¿Esta persona mayor tiene la defensa baja por razón de algo como la infección HIV o cáncer, o toman medicamentos inmunosupresores u otras terapias?
- Si
  - No
24. ¿Esta esta persona mayor embarazada o amamantando?
- Si
  - No
25. ¿Esta persona mayor ha recibido la vacuna del COVID-19?
- No
  - Si (favor indique el producto y la fecha)
26. Si usted respondió “si” en la pregunta No. 25, tuvo esta persona mayor una reacción alérgica severa después de recibir la vacuna del COVID-19?
- Si
  - No
  - No aplica
27. ¿Esta persona mayor tiene desorden sangrante cual debe de controlar tomando un diluyente de sangre?
- Si
  - No
28. ¿En algún punto, ha resultado esta persona mayor ha resultado positivo con el COVID-19 o le ha dicho un médico que ellos resultaron positivos con el COVID-19?
- Si
  - No
29. ¿Ha recibido esta persona mayor terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como forma de tratamiento para el COVID-19?
- Si
  - No

#### **Atestación**

*Esta parte debe de ser completada por la persona mayor o el encargado.*

30. Al someter este formulario, al presente presento y garantizo que toda la información cual proporciona aquí es precisa y verdadera a partir de la fecha indicada y mi nombre completo es:
31. La fecha de hoy es: