

INSTRUCCIONES PARA CREAR UNA CUENTA Y AGENDAR UNA CITA

Paso 1: Ingrese a Commvax.Patientportalfl.com

Paso 2: Seleccione "*Click Here to Register* [Oprima aquí para registrarse]"



Paso 3: Complete el formulario de registro para crear su cuenta.

- Ingrese su **información básica:** *First Name* [Nombre], *Last Name* [Apellido], *Date of Birth* [Fecha de nacimiento], *Phone* [Teléfono], *Email* [Correo electrónico], *Username* [Nombre de usuario] y *Password* [Contraseña].
- Haga clic en **Next [Siguiente]**.

RÁPIDO, PRECISO, CONVENIENTE.

[Información Básica](#) [Dirección](#) [Demografía](#) [Más](#)▼

Información Básica

¿Necesita registrar menores o custodios hoy?
Después de completar su registración debajo, necesitará registrarlo(s) separadamente.

Sí

*Nombre

*Apellido

*Fecha de nacimiento

*Teléfono

Este es un número de teléfono internacional

Optar por las notificaciones de SMS (texto)

Mobile Same As Phone

Mobile (for SMS)

Optar por notificaciones por correo electrónico

*Correo Electrónico

*Confirme su Correo Electrónico

No tengo Correo Electrónico

*Nombre de usuario

**** Si usa la misma dirección de correo electrónico para crear varias cuentas, asegúrese de usar un nombre de usuario único para cada cuenta.**

- c. Ingrese su **dirección de residencia**: *Country* [País], *Street* [Calle], *City* [Ciudad], *State* [Estado], y *Postal Code* [Código postal].
 - a. Haga clic en **Next** [Siguiente].

RÁPIDO, PRECISO, CONVENIENTE.

Información Básica Dirección Demografía Más▼

Dirección

Busque su dirección o ingrese su código postal si no hay resultados para su dirección

País

United States ▼

Dirección (incluya Apt/Suite después de la calle, si es necesario)

Ciudad **Estado**

Orlando Florida ▼

Código Postal

Previo Próximo

- d. Ingrese sus **datos demográficos**: *Gender* [Género], *Race* [Raza], *Ethnicity* [Etnia] e indique si vive con dos o más personas.
- a. Usted puede optar por no responder a cualquiera de estas preguntas.

RÁPIDO, PRECISO, CONVENIENTE.

Información Básica Dirección Demografía Más ▾

Demografía

Género

Seleccione Uno ▾

Negarse a contestar

Raza

Seleccione Uno ▾

Negarse a contestar

Etnicidad

Seleccione Uno ▾

Negarse a contestar

¿Vives en una casa con 2 o más personas?

Seleccione Uno ▾

Negarse a contestar

Previo Próximo

- f. **Complete la lista de declaraciones** marcando las casillas correspondientes.
a. Haga clic en **Sign Up [Registrarse]** para concluir la creación de su cuenta.

RÁPIDO, PRECISO, CONVENIENTE.

Información Básica Dirección Demografía Más▼

Reconocimientos

Para poder usar la aplicación de CDR Maguire usted debe cumplir con ciertos requisitos.

Acceder su Cuenta actua como un contrato vinculante, lo mismo que su firma escrita a mano en un documento de papel, y confirma que:

- * Soy mayor de deiciocho años de edad.
- * He leído y entendido la informacion provista.
- * He leído y entendido y me guiaré por los [Terminos y Condiciones de CDR Maguire](#), [Política de Privacidad](#), and [Privacidad de HIPAA](#). Por este medio doy mi expresado consentimiento y autorización para dar mi informacion de salud, incluyendo cualquier resultados de la prueba de COVID-19, a esta cuenta, he creado y a cualquiera con mis credenciales y acceso de ahora en adelante.
- * He leído y entiendo my exención de responsabilidad del [Proveedor Ordenador](#).
- Acepto y doy [Autorización de Uso de PHI](#).
- Doy mi [Consentimiento a CDR a Contactar](#).

[Regístrate](#)

[Previo](#)

Paso 4: Confirme su información.

- a. Haga clic en **Edit [Editar]** para regresar y editar su información.
- b. Haga clic en **Confirm [Confirmar]** para concluir la creación de su cuenta.

Confirm Your Information

First Name: Patient

Last Name: Ztest63

Email: testingsalesforceuat+63@gmail.com

Username: testingsalesforceuat+63@gmail.com

Gender: Female

Race: White

Ethnicity: Non-Hispanic

Opt in to SMS(Text) notifications: Yes

Opt in to email notifications: Yes

Date of Birth: February 13th, 1945

Phone: (305) 479-0641

Edit Confirm

Paso 5: Responda la pregunta de **vacunación**.

- Si la respuesta es **No**, continúe con las preguntas acerca de responsabilidades.
- Haga clic en **Next [Siguiente]**.

Vacunarme

* ¿Ha usted recibido la dosis inicial de la vacuna de COVID-19 previamente?

No

Siguiente

Siguiente

- Si la respuesta es **Sí**, ingrese la información sobre su primer vacuna.
 - (Utilice la tarjeta de vacunación de la organización de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) que se le suministró después de ponerse su primera vacuna).**

Get Vaccinated

* Have you previously received an initial dose of COVID19 vaccination?

Yes

* **Vaccine Manufacturer**

Pfizer

Moderna

* **Lot Number**

011L20A

* **Date of Vaccination** ⓘ

Feb 2, 2021

Please bring your CDC vaccination card with you to your vaccination appointment.

Next

Paso 6: Diligencie el formulario de **COVID-19 Consent and Liability Release** [Consentimiento y exención de responsabilidad por COVID-19].

- Firme su nombre en la casilla "**Sign Here [Firme aquí]**" con el mouse de su computadora, el lápiz óptico o su dedo.
- Haga clic en **Next [Siguiente]**.

 Consentimiento y Exención de Exoneración de Responsabilidad

Al firmar este Consentimiento y Exención de Exoneración de Responsabilidad, o al confirmar verbalmente su consentimiento si se está registrando en persona en el centro de vacunas, debe atestar lo siguiente:

- Certifico que toda la información que le he dado a CDR Health, incluyendo mi historial médico es preciso y correcto.
- Yo certifico que: (a) tengo por lo menos dieciocho años de edad; (b) el pariente o guardián legal del paciente y confirmo que el/a paciente tiene por lo menos dieciséis años de edad; o (c) autorizado para dar consentimiento para la vacuna para el paciente nombrado arriba. Además, por la presente doy consentimiento a CDR Health, CDR Maguire, y el Departamento de Salud de la Florida (DOH) o sus agentes a administrar la vacuna de COVID-19.
- Entiendo que este producto no ha sido aprobado o licenciado por el la Agencia Reguladora de Alimentos y Medicamentos (FDA), pero ha sido autorizada para uso de emergencia por el FDA, bajo el Acto de Uso de Emergencia (EUA) para prevenir el Coronavirus 2019 (COVID-19) para uso en individuos mayores de dieciséis (16) años de edad o mayores para Pfizer y mayores de dieciocho (18) años de edad para Moderna; y el uso de emergencia de este producto es solamente autorizado durante el tiempo de la declaración en la cual existe justificación de la autorización de uso de emergencia de este producto médico bajo la Sección 564(b)(1) del Acto FD&C al menos que la declaración sea finalizada o la autorización sea revocada.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos o complicaciones asociados con recibir vacuna(s). Entiendo que los riesgos y beneficios asociados con la vacuna listada han sido leídos y/o se me han sido explicados basado en la Hoja Informativa EUA sobre la vacuna de COVID-19 que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.
- Reconozco de que he sido aconsejado(a) de que debo mantenerme en observación por aproximadamente quince (15) minutos después de recibir la vacuna. Si siento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital mas cercano.
- De mi parte, mis herederos, y representantes personales, por este medio consto que libero y sostengo inocuo a CDR Health, CDR Maguire, cualquier proveedor autorizante, al estado de la Florida, el Departamento de Salud (DOH) de la Florida, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subordinarios, oficiales, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamos conocidos y/o no conocidos provenientes de, o en conexión con, o relacionado en cualquier forma a la administración de la vacuna listada incluyendo pero no limitado a herida, o muerte de or relacionada a COVID-19 o la vacuna de COVID-19.
- Reconozco que: (a) Entiendo que el propósito/beneficios de Florida SHOTS, el registro de inmunización de la Florida y (b) que el DOH incluirá mi información personal de inmunizaciones y que esta será compartida con el Centro de Control y Prevención (CDC) u otras agencias federales.
- Autorizo a CDR Health y a CDR Maguire o a sus agentes a someter un reclamo a mi proveedor de seguro or Medicare sin pago de cobertura suplementaria para mi por los servicios pedidos. Asigno y pido pago de beneficios autorizados hechos de mi parte a CDR Health, CDR Maguire, DOH, o sus agentes con respecto a los servicios mencionados.
- Reconozco que he recibido y acepto los Terminos y Condiciones de CDR Maguire, Política de Privacidad y la Notificación de Privacidad HIPAA, y la Notificación de Prácticas Privadas del Departamento de Salud de la Florida. Por este medio doy mi expresado consentimiento y autorización para dar mi información de salud.
- Doy mi consentimiento a ser contactado(a) por CDR Maguire y CDR Health en el futuro para ofrecerme servicio adicionales e información incluyendo pero no limitado a servicios clínicos y participación voluntaria en estudios de investigación.
- Entiendo que puedo ser asignado a un proveedor autorizado con el propósito de recibir esta vacuna y reconozco y entiendo que cualquier proveedor asignado a mi para este propósito y es listado como un proveedor autorizado, servirá solamente y limitado a administrar la vacuna de COVID-19 y que tal proveedor autorizado no es mi doctor or profesional de salud y que por cualquier otro propósito no me darán cuidados adicionales u otros cuidados de salud. Estoy de acuerdo con indemnizar, defender y sostener inofensivo al proveedor autorizado de cualquier y todo reclamo sean reconocidos o no reconocidos surgiendo de la administración de la vacuna de COVID-19.

- Firma del Paciente or Representante Autorizado:

El firmar debajo significa que reconozco que he leído la Exención de Exoneración de Responsabilidad y entiendo sus contenidos; que tengo por lo menos dieciocho (18) años de edad and soy completamente capaz de dar mi consentimiento; que he sido lo suficientemente informado(a) de los riesgos involucrados y doy mi consentimiento voluntario de que el firmar es de mi libre albedrío y acción propia; que doy mi consentimiento voluntario al firmar esta Exención de Exoneración de Responsabilidad como mi propio acto y libre hazañas con completa intención a quedar obligado por el mismo, y libre de cualquier incentivo o representación.

Firme Aquí



Paso 7: Conteste las preguntas acerca de su **historia médica de interés.**

- a. No se le permitirá recibir la vacuna contra el COVID-19 si usted tiene un historial de reacciones alérgicas severas a la vacuna contra COVID-19 o a los componentes del mismo; ha recibido terapia de anticuerpos en los últimos 90 días; o tiene un historial de reacciones alérgicas a medicamentos inyectables.

 Historial Médico Pertinente

* ¿Tiene usted historial de reacciones alérgicas severas a la vacuna COVID-19 (ej. anafilaxia), o a algunos de los componentes (ej. polietilenglicol) de la vacuna de COVID-19?

No Sí

* ¿Ha tenido alguna terapia de anticuerpos de COVID-19 en los últimos noventa (90) días (p. ej. Regeneron, Bamlanivimab, COVID Plasma Convaleciente, etc.)?

No Sí

* ¿Tiene usted historial de reacciones alérgicas severas (ej. anafilaxia) a otras vacunas o medicamentos inyectable (no incluyendo la vacuna de COVID-19)?

No Sí

* ¿Tiene usted alguna reacción alérgica (incluyendo reacción alérgica severas) no relacionadas a vacunas, terapias inyectables, componentes de mRNA de la vacuna COVID-19 (incluyendo PEG), o polisorbatos, como comida, animales, veneno, o alergias ambientales, o alergias a medicamentos orales (incluyendo el equivalente oral de un medicamento inyectable)?

No Sí

* ¿Tiene alguna enfermedad moderada o aguda?

No Sí

* ¿Tiene alguna desorden sanguínea o toma un anticoagulante?

No Sí

* ¿Es usted inmunocomprometidos o está tomando alguna medicina que le afecta el sistema inmunológico?

No Sí

* ¿Carga epinefrina para tratar emergencias de anafilaxia?

No Sí

* ¿Ha tomado alguna otra vacuna en los pasados catorce días?

No Sí

- b. Sus respuestas a estas preguntas definirán su nivel de riesgo ante la vacuna, y el tiempo sugerido para permanecer en observación después de vacunarse.
- c. Haga clic en **Next [Siguiente]**.

Basado en sus respuestas, usted es de bajo riesgo para esta vacuna. Para asegurar su seguridad, el CDC recomienda tiempo de observación después que la vacuna es administrada. Para su seguridad, usted será requerido a esperar por lo menos **quince minutos de observación**

Paso 8: Seleccione **Arrive at a site at any time of your choice [Acudir a un centro a la hora de su preferencia]**.

- a. El número de vacunas es limitado, no se puede garantizar que habrá suficientes vacunas cuando usted llegue.
- b. Haga clic en **Next [Siguiente]**.

*** Would you like to :**

Schedule an Appointment for another day

Arrive at site at anytime of your choice

Please note: vaccine supplies are limited and while we do everything possible to accommodate the daily demand, there is no guarantee that there will be enough supply when you arrive. This is on a first come basis.

- c. Por favor imprima esta página o tome una imagen de pantalla y traiga su **identificación de paciente [Patient ID, PID]** y el código QR al centro de vacunación.



Si desea agendar una cita, **seleccione *Schedule an appointment for another day* [Programar una cita para otro día]**.

- a. Aunque existe un número limitado de citas diarias, usted puede acudir en cualquier momento durante el día de su cita. La confirmación de una cita garantiza que se separe una vacuna para usted.

***Would you like to :**

Schedule an Appointment for another day

Arrive at site at anytime of your choice

Next

***Would you like to :**

Schedule an Appointment for another day

Arrive at site at anytime of your choice

Please Note: While there is a limited amount of daily appointments, you may arrive at any time throughout the day of your appointment and you will be guaranteed a vaccine an appointment confirmation ensures that a vaccine is set aside for you. Daily appointments are limited. Scheduling an appointment ensures a vaccination is set aside for you on a particular day. You will receive an appointment confirmation after you've successfully completed the appointment process.

Next

Paso 9: Seleccione su **centro de preferencia** para su cita.

- a. Haga clic en **Next [Siguiente]**.

Please select your preferred location below.

Check back later if you are expecting to see a specific location and it is not listed here. It will reappear once additional appointments become available.

[Start Over](#)

Next >

Selected Miami Dade College South

Map Satellite

Miami Dade College South
Address:
11011 SW 104 Street, Miami

Choose A Location That Is Best For You (1)

 [Miami Dade College South](#)
11011 SW 104 Street, Miami, Florida

Map data ©2021 Terms of Use Report a map error

Paso 10: En el menú desplegable, seleccione la **fecha y hora** de preferencia para su cita.

The screenshot shows a 'Select Date' dropdown menu. The selected date is 'February 25, 2021'. Below the date, the time '3:00 PM' is displayed. A 'Change Location' button is visible in the top right corner.

The screenshot shows the 'Select Date' dropdown menu with a list of dates: 'February 25, 2021', 'February 26, 2021', and 'February 27, 2021'. The first date is highlighted. A 'Change Location' button is visible in the top right corner.

Paso 11: Revise su **elección con respecto a su cita**.

- a. Haga clic en **Cancel [Cancelar]** para elegir otra fecha y hora.
- b. Haga clic en **Confirm Selection [Confirmar elección]** para continuar

The screenshot shows a confirmation screen with the following text: 'Please review your appointment selection below. Press CANCEL to select another date and time.' The appointment details are: 'Vaccine #1', 'February 25, 2021', '3:00 PM - 4:00 PM', and 'Miami Dade College South, 11011 SW 104 Street'. There are 'Cancel' and 'Confirm Selection' buttons at the bottom.

Paso 12: Por favor imprima o tome una imagen de pantalla de esta página y muestre el **código QR** durante su cita agendada.

- a. Por favor recuerde traer su **licencia de conducción o factura de servicios públicos de Florida para verificar su residencia en el estado.**

Thank you for scheduling your COVID-19 Vaccination Appointment. Please print this page, or take a screenshot, and show the QR code below during your scheduled appointment time at the vaccination site.
You will need this QR code to check-in at the site.
Please remember to bring your Florida Driver's License or Utility Bill for verification of state residency.

Appointment #1



CDR00919450

karen ztest71
PID: PID-00631543

February 25, 2021 3:00PM - 4:00PM

Miami Dade College South
11011 SW 104 Street
Miami, FL 33176