



Certificación de Elegibilidad para Vacunas

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

Por favor llene el siguiente formulario para confirmar que es elegible para recibir la vacuna COVID-19 basada en su ocupación. Por favor, tenga en cuenta que está sujeto a una acción disciplinaria por parte de su organización profesional de licencias si usted se representa erróneamente o atestigua falsamente.

Condado de residencia: Condado de Santa Mateo Condado de Santa Clara

Por favor, indique con una flecha su ocupación:

		trabajador de planta, fabricación y operaciones de máquinas y ensambladores
	oficial de correcciones	trabajador postal/repartidor
	utilidades críticas	trabajador de tránsito público
	educación – maestro, cuidado de niños	jubilado - sigue proporcionando contacto directo con pacientes
	agricultores y trabajadores agrícolas	empleado de la escuela (aparte de ser maestro) tipo:
	primer respondedor– bombero, policía	
	empleados de supermercados	servicio – alquiler, cosmetología, masajes, servicios electivos
	cuidado a largo plazo – personal y residentes	servicio – restaurante, bares, servicio de comida y bebida
	Cuidado de salud tipo:	servicio – transporte
	empleado de servicios de apoyo en el hogar (IHSS)	servicio – limpieza
	otro trabajador esencial tipo:	trabajadores agrícolas, forestales y pesqueros

Firma del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

For RFHN Staff Only		
Type of Employment Verification	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Paystub	<input type="checkbox"/> Badge <input type="checkbox"/> Other _____
Staff Member signature		Date: