



## Registro de informes

Todas las secciones requeridas

Practice Name (1):

Ordering Provider (2):

Administering Provider (3):

### Información del paciente

Nombre del paciente (Apellido, Nombre)(4):

Sexo (6):  Masculino  Femenino

Si es menor de 18 años, el padre/tutor debe firmar a continuación

Dirección del paciente (5):

Fecha de nacimiento (7): / /

Etnia (8):  Hispana  No hispano

Ciudad, Estado, Código postal:

RAZA - Seleccione todos los que correspondan(9):  Caucásico/Blanco  Afroamericano/Negro  Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Asiático  Hawaiano u otro isleño del Pacífico  Otro (Especificar):

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tienes una discapacidad física?  Si  No

### Información sobre la vacuna COVID: Imprima por favor

Vaccine Date (MM/DD/YYYY)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Manufacturer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vaccine Expiration Date (MM/DD/YYYY)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Lot Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VIS/EUA Date (MM/DD/YYYY)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Site (Check One): RD \_\_\_\_\_ LD \_\_\_\_\_ RA \_\_\_\_\_ LA \_\_\_\_\_ RT \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_

Route (Check One): IM \_\_\_\_\_ IT \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ NS \_\_\_\_\_ PO \_\_\_\_\_ SC \_\_\_\_\_

Priority Group / Phase

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Completa la siguiente sección y firme después de haber hablado con el médico.

Vacuna a administrar :  Primera vacuna  Segunda vacuna

Un círculo lleno junto a la vacuna (arriba) y mi firma (abajo) significa que se me ha proporcionado una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas apropiada y que he leído, o me han explicado, información sobre la enfermedad y la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios establecidos en la declaración recibida y pido que se administre la vacuna, como se indica.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre del firmante \_\_\_\_\_

Paciente Si el paciente menor de 18 años:  Padre  Guardián

Imprimir claramente

## Cuestionario de detección para la vacunación COVID-19 2020

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no deberíamos administrarle la vacuna COVID-19 2020 hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted o su hijo no deban vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, consulte a su médico.

**Marque las casillas correspondientes a continuación.**

Edad del paciente: \_\_\_\_\_

	Si	No	No se
1. ¿Te sientes mal hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso afirmativo, ¿qué producto vacunado recibió?_</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/>Pfizer      <input type="checkbox"/>Moderna      Otro producto: _____         </p>			
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a:			
<small>(Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)</small>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un componente de la vacuna COVID-19, incluyendo polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polisorbato</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una dosis previa de la vacuna COVID-19</li> </ul>			
4. ¿Alguna vez has tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o a un medicamento inyectable?			
<small>(Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)</small>			
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo distinto de un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato, o cualquier vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, ambientales o medicamentos orales?			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Alguna vez ha tenido una prueba positiva para COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?			
9. ¿Tienes un sistema inmunitario debilitado causado por algo como infección por VIH o cáncer o tomas medicamentos o terapias inmunosupresores?			
10. ¿Tienes un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			
12. ¿Tiene rellenos dérmicos?			
13. ¿Ha experimentado desmayos o mareos después de cualquier vacuna previa u otras inyecciones de piel (como inserción intravenoso o donación de sangre)?			