



Formulario de Registro de Vacunación COVID-19



Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no deberíamos administrarle a usted o a su hijo(a) la vacuna de COVID-19 hoy. Si responde “sí” a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted (o su hijo(a)) no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si tiene alguna duda sobre las preguntas, pídale al personal médico que se la explique.

Información del Paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Género: _____

Dirección: _____ Nombre de la Madre o Tutor: _____

Ciudad: _____ Correo Electrónico: _____

Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Información de Raza y Origen Étnico (marque todo lo que corresponda)

- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Hispano o Latino
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico Blanco Más de una raza Otra Raza

Por favor responda lo siguiente:

¿Es un trabajador crítico / esencial?	Si	No
¿Ha dado positivo a una prueba de COVID-19?	Si	No
¿Es residente o trabajador de un centro de cuidados?	Si	No
¿Está experimentando falta de vivienda?	Si	No
¿Tiene alguna condición de salud?	Si	No

Firma del Paciente _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha: _____

Evaluación Médica	Si	No
¿Se siente enfermo(a) hoy?		
¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si, sí ¿Cuál? _____		
<p>¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un componente de la vacuna COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia, 2. Polisorbato, 3. Una dosis previa de la vacuna COVID-19? (Esto incluiría una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o respiración angustia, incluyendo sibilancias.) 		
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave (p. Ej., Anafilaxia) que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen © o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o respiración angustia, incluyendo sibilancias.)		
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias alimentarias, de mascotas, ambientales u medicamentos orales.		
¿Ha recibido otro tipo de vacuna en los últimos 14 días?		
¿Ha salido positivo a un prueba del COVID-19 o un doctor lo ha diagnosticado con COVID-19?		
¿Ha recibido terapia de inmunidad pasiva (anticuerpo monoclonal o suero inmunológico) como tratamiento para el COVID-19 en los últimos 90 días?		
¿Tiene el Sistema inmunitario débil, causado por una infección de VIH o cáncer, o toma medicamentos inmunosupresores o recibe terapia para el sistema inmunosupresor?		
¿Padece de desórdenes sanguíneos o está tomando medicamento para adelgazar la sangre?		
¿Está embarazada o amamantando? Entiendo que la mejor fuente de información sobre el riesgo del embarazo es mi proveedor de atención médica.		

SOLO PARA USO DEL PERSONAL		
Name: _____	Signature: _____	
Date: ____/____/____	Time: _____	
Product: _____ COVID-19	Dose: _____ mL	Lot #: _____
Injection Site:	RD LD RL LL	Route: IM SQ