

Registro de administración de vacuna COVID-19

La vacuna que recibirá en el día de hoy: Pfizer Moderna Janssen (J&J)

He recibido una copia y he leído o me han explicado la información contenida en la Autorización para uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) de la vacuna COVID-19 para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicito que se me administre la vacuna, o a la persona indicada a continuación, para la que estoy autorizado(a) a hacer esta solicitud.

Acepto permanecer en el centro de vacunación por lo menos por 15 minutos después de la vacuna.

También entiendo que la información recopilada en este formulario se compartirá a través del Registro vacunación de Wisconsin (WIR, por sus siglas en inglés) con otros proveedores de atención médica directamente involucrados con el paciente para asegurar la continuación de los servicios de atención médica.

Nombre del paciente (apellido, nombre, segunda inicial)		Fecha de nacimiento	*Edad* <u>debe ser mayor de 18 años de edad</u>		___ Masculino ___ Femenino	
Apellido de soltera:		Dirección de correo electrónico				
Número de teléfono			Condado			
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal		
Etnicidad (marque una) ___ Hispano ___ No-Hispano		Raza (escoja una) ___ Afroamericano ___ Asiático ___ Nativo americano ___ Blanco ___ Otro				
Preguntas para la persona que recibe la vacuna: Si responde que "sí" a cualquiera de las preguntas 1-4, por favor llame a Salud pública del condado de Pierce o a su proveedor de atención médica, puede ser que tenga que retrasar su vacunación.					Sí	No
1. ¿Se está sintiendo enfermo(a) en el día de hoy?						
2. ¿Eres menor de 18 años?						
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica severa a: alguno de los componentes de la vacuna COVID-19 listados en el EUA que le proporcionaron?						
4. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasiva (anticuerpos monoclonales o suero en la fase de convalecencia) como tratamiento para el COVID-19? En caso afirmativo, fecha en que la recibió: _____						
5. ¿Ha recibido la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, fecha _____ Marca: _____						
6. *¿H presentado una reacción alérgica a una vacuna o terapia inyectable? (se le pedirá que se quede por 30 minutos)						
7. *¿Tiene alguna otra alergia seria? Por favor indique:						
8. *¿Está inmunocomprometido o toma algún medicamento que afecte su sistema inmune?						
9. *¿Está embarazada o está lactando?						
Firma de la persona que recibe la vacuna o de la persona autorizada: X _____				Fecha:		

-----**Para uso interno de la oficina**-----

Fecha de administración de vacuna: _____

Vacuna	Lugar	Fabricante	Número de lote
COVID-19	RD LD		

Firma y título del administrador de la vacuna: _____