

Documento Para La Vacuna COVID-19 /Formulario De Consentimiento

Información del paciente (Escriba en letra de molde legible)

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo Biológico: Femenino Masculino No sabe/Se niega a responder

Etnicidad: No Hispano Hispano No sabe/ Se niega a responder

Raza: Blanco Negro o Afro- Americano Asiático Indígena Americano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawai/ De las Islas del Pacífico Otro No sabe/Se niega a responder

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Cuestionario de evaluación

Cuestionario de evaluación del COVID-19

1. En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo en la prueba del COVID-19 o actualmente lo están monitoreando por COVID-19? Sí No
2. En las últimas dos semanas, ¿estuvo en contacto con alguien que dio positivo por el COVID-19? Sí No
3. ¿Tiene actualmente o tuvo en las últimas dos semanas fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, náusea, vómito o diarrea? Sí No

Temperatura del paciente: _____ Fecha: _____

Cuestionario de evaluación para la vacunación

1. ¿Está enfermo hoy (resfriado, fiebre, enfermedad aguda)? Sí No
2. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, vacunas o al látex? Sí No
3. ¿Ha tenido antes una reacción grave a una vacuna? Sí No
4. ¿Tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? Sí No
5. ¿Está embarazada o hay posibilidades de que pueda quedar embarazada en el próximo mes? Sí No
6. ¿Está amamantando actualmente? Sí No
7. ¿Tiene un trastorno de la coagulación de la sangre o está tomando anticoagulantes? Sí No
8. ¿Tiene un problema de salud de largo plazo como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad del hígado, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre? Sí No
9. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn u otra condición que le dificulte combatir las infecciones? Sí No
10. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado o en los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que lo debilitan, como cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o recibió tratamientos de radiación? Sí No

11. Durante el último año, ¿recibió una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre o le administraron inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? Sí No
12. En las últimas 4 semanas, ¿recibió alguna vacuna o una prueba de tuberculosis en la piel? Sí No

Me dieron una copia de la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la vacuna contra el COVID-19. Leí, me explicaron y entiendo la información contenida en la EUA. Pido que me apliquen la vacuna. Doy mi consentimiento para que se incluyan mis datos de vacunación en el Sistema de Información de Inmunización de Kansas (KSWebIZ).

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento

For Office Use Only

Vaccine: COVID-19

Route: Intramuscular **Dose:** 0.5mL

Manufacturer: Moderna

EUA Date: 12/18/20

Lot Number: _____

Site: Deltoid Left Right

Expiration Date: _____

Administered By: _____
Signature and Title of Vaccine Administrator

Date Given: _____