



Departamento de Salud del Condado Riley

REGISTRO PARA VACUNAS COVID-19, SARS-CoV

(COVID-19, SARS-CoV-2, VACCINE REGISTRATION FORM)

INFORMACION DEL PACIENTE (USTED NESESITARA MOSTRAR SU IDENTIFICACION)

Nombre del Paciente		Segundo Nombre		Apellido	
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Si no, Cual es su nombre legal?		(Nombre anterior(s))	
Fecha de Nacimiento / /		Edad		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático / Islas del Pacífico / Otro <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano		<input type="checkbox"/> Caucásico o Blanco <input type="checkbox"/> Desconoce / Otro	
Dirección Actual		Ciudad		Estado	
Núm. Celular ()		Núm. de teléfono. ()		Idioma Preferido	
				Origen Étnico: Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
				Código Postal	

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Contacto de Emergencia		Relación con el paciente		Núm. de Teléfono ()	
				Núm. Adicional. ()	

INFORMACION DE TRABAJO

Nombre del Empleador		Dirección del Empleador		Título Profesional:	
----------------------	--	-------------------------	--	---------------------	--

CUESTIONARIO PARA VACUNAS

1. ¿Estás enfermo o experimentar fiebre alta? Explique	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex? Explique	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿tuvo una reacción por cual tuvo tratamiento con epinefrina, EpiPen, o tuvo que ir al hospital? En caso que conteste Si, explique (¿reacción a qué?):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna? Por favor explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene enfermedades hemorrágico o toma un anticoagulante? (En caso que conteste Si, aplique presión firme durante 2 minutos después de la vacunación).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19? Si contesto Si, ¿qué vacuna? <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson <input type="checkbox"/> _____ y cuando (Fecha): _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer y / o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11. ¿La persona a vacunar está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

CONSENTIMIENTO DE VACUNA

Se me ha ofrecido una copia de la (s) Declaración (es) de información de la vacuna (VIS) y / o la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) para la vacuna marcada a continuación. He leído, se me ha explicado y entiendo la información dada. Soy consciente de que se me aconseja esperar 15 minutos después de la vacunación para que sea monitoreado. Solicito que se me administre la vacuna marcada a continuación o a la persona nombrada anteriormente por la cual estoy autorizado a realizar esta petición:

Moderna, mRNA-1273 Pfizer & BioNTech, BNT 162b2 Johnson & Johnson, Janssen

Firma del paciente o padre/tutor legal :

Fecha:

FOR OFFICE USE ONLY

Nursing Documentation

<input type="checkbox"/>	Manufacturer:		
<input type="checkbox"/>	Lot Number:	(place syringe sticker here)	
<input type="checkbox"/>	Expiration Date:		
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Injection Site:	Left	Deltoid
<input type="checkbox"/>		Right	

Vaccine Administrator:

Date: