



# Departamento de Salud del Condado Riley

## REGISTRO PARA VACUNAS COVID-19, SARS-CoV

### INFORMACION DEL PACIENTE (USTED NESESITARA MOSTRAR SU IDENTIFICACION)

Nombre del Paciente		Segundo Nombre		Apellido	
¿Es este su nombre legal?		¿Si no, Cual es su nombre legal?		(Nombre anterior(s))	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No				Edad
Raza:		Origen Étnico:		Sexo	
<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	
				Código Postal	
Núm. Celular		Núm. de teléfono.		Correo Electrónico	
( )		( )			

### EN CASO DE EMERGENCIA

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

### CUESTIONARIO PARA VACUNAS

1. ¿Estás enfermo o tienes fiebre alta? <b>Explique</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿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"/> Janssen (J&J) <input type="checkbox"/> Otra _____ Cuando (Fecha): _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: • Un componente de la vacuna COVID-19, que incluye cualquiera de los siguientes: • Polietilenglicol (PEG); se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia • Polisorbato, se encuentra en algunas vacunas, píldoras comprimido con cubierta y esteroides intravenosos • Una dosis previa de la vacuna COVID-19	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? En caso que conteste <b>Si, explique:</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Es usted una mujer entre la edad de 18 y 49 años y recibirá la vacuna Janssen COVID-19 hoy? _____ (iniciales) si contesto si, se me ha informado del riesgo adverso aunque poco común de trombosis con síndrome de trombocitopenia (STT) después de recibir la vacuna Janssen COVID-19.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. ¿Es usted un hombre entre las edades de 12 y 29 años y recibirá la vacuna COVID de ARNm (Moderna o Pfizer) hoy? _____ (iniciales) si contesto si, se me ha informado del riesgo de desarrollar miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación del revestimiento alrededor del corazón) después de recibir una vacuna de ARNm. Bajo Riesgo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis? (RCHD necesita una receta de su médico para vacunar)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha tenido una grave reacción alérgica a algo que no sea una vacuna o una terapia inyectable, como alergias a los alimentos, mascotas, venenos, alergias ambientales u medicamentos orales? (espera 30 minutos)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha tenido COVID-19 y fue tratado con anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia? (La vacunación debe posponerse no menos de 90 días)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10. ¿Le han diagnosticado síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19? (las personas con antecedentes de MIS-C o MIS-A deben considerar posponer la vacunación hasta que se hayan recuperado de la infección y durante 90 días después de la fecha del diagnóstico)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado (es decir, infección por VIH, cáncer) y toma medicamentos o terapias inmunosupresores? _____ (iniciales) En caso que contesto si, se me ha informado que existe la posibilidad de una reacción inmunitaria reducida a la vacuna COVID-19 y se me ha informado que debo seguir siguiendo todas las reglas actuales para protegerme contra el COVID-19.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12. ¿Tiene un trastorno hemorrágico y / o toma un anticoagulante? (Presión sobre el lugar de la inyección al menos 2 minutos)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13. ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)? (Se recomienda la vacuna de ARNm sobre otras si han pasado 90 días o menos desde que la enfermedad se resolvió. Después de 90 días, puede escoger cualquier vacuna COVID-19 autorizada por la FDA).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
14. ¿Ha recibido rellenos dérmicos? (Con poca frecuencia, estas personas pueden experimentar hinchazón temporal en o cerca del sitio de inyección del relleno, generalmente la cara o los labios, luego de la administración de una dosis de la vacuna COVID-19. Comuníquese con su proveedor de atención médica si se presenta hinchazón).	<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 A 30 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			
Manufacturer:	Injection Site:	Left	Deitoid
Lot # / Exp.	(place syringe sticker here)	Right	
Vaccine Administrator:			Date:



Riley County Health Department  
2030 Tecumseh Rd  
Manhattan, Kansas 66502  
Phone: 785-776-4779  
Fax: 785-565-6565  
www.rileycountyks.gov/health

## EN CASO DE EMERGENCIA

<b>Nombre del Contacto de Emergencia</b>	<b>Relación con el Paciente</b>	<b>Núm. de Teléfono.</b> (    )
--	---------------------------------	------------------------------------

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO UNIVERAL - SOLO VACUNA COVID-19

### PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Todos los registros de los servicios dados se consideran confidenciales. Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud del Condado de Riley con fecha de vigencia de abril de 2019.

### OPCIÓN DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Al firmar a continuación, acepto y elijo recibir notificaciones a través de cualquier sistema de notificación utilizado actualmente por el condado de Riley a través de mensajes de texto y / o correo electrónico.

**FIRMA**

**FECHA**