

Registro de Administracion de Vacunas COVID-19
Wright County Health Department
115 1st Street SE
Clarion, Iowa 50525

2020-2021

Section 1: Informacion del destinatario de la vacuna (Por favor imprimir)

Nombre del destinatario: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre.

Direccion: _____
Calle Ciudad EstadoCodigo Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: Masculino Femenina

Numero de Telefono _____ Doctor de Cabecera: _____

Seccion 2: Deteccion de elegibilidad de la vacuna

La persona mencionada anteriormente a recibido anteriormente la vacuna del Covid-19? Si No

Si respondio si, indique donde recibio la vacuna del COVID-19 previamente:

Marca de Vacuna Administrada **Pfizer**

Fecha de primera dosis administrada: Mes _____ Dia ____ Año _____

Fecha de segunda dosis administrada: Mes _____ Dia ____ Año _____

Seccion 3: Consentimiento

He leído o me han explicado la información proporcionada en la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia(EUA) o la declaración de información sobre la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y pido que me administren la vacuna ami o a la perdon nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Healthcare Provider Use Only

Date Vaccine Administered: _____ Injection Site (Deltoid): Left Right

Manufacturer: **Pfizer** Exp: _____ Lot Number _____

Signature: _____ Administered by: _____

COVID-19 Vaccine EUA FACT SHEET for Recipients provided

Entered into Iris _____ Billed to Insurance NA Payment Received NA

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna: _____

Nombre del paciente _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy.

Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse. Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Edad _____

Sí No No sé

1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otro producto _____ 			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia. <input type="radio"/> Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos. Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19. Una vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál provocó la reacción inmediata. 			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			
12. ¿Tiene materiales de relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>)?			

Formulario revisado por

Fecha