

COVID-19 VACCINE ADMINISTRATION RECORD SHEET

INFORMACION DEL PACIENTE (POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE)

PACIENTE APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL INTERMEDIA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO	RAZA	ORIGEN ÉTNICO: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino		

COMPLETE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA VACUNACIÓN EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA.

He leído o me he explicado la información de la Hoja de Autorización de Uso de Emergencia (EUA) sobre la vacuna que se administrará. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que me administren la vacuna indicada anteriormente. Reconozco y consiento que mis registros de vacunación se almacenen electrónicamente en I-CARE. Acepto esperar 15 minutos después de la vacunación para controlar los efectos secundarios.

Firma de persona para recibir vacuna

Fecha firmada y hoja de autorización de uso de emergencia proporcionada

FOR OFFICE USE ONLY

P1 P2 P3 M1 M2 M3 J&J1 J&J2

Brand Name of Vaccine	Admin Date	EUA Date	Manufacturer	Lot #	Expiration Date	Site of Injection	Route
Moderna COVID-19		10/20/21	Moderna US Inc.			RD / LD	IM
Pfizer COVID-19		10/29/21	Pfizer-BioNTech			RD / LD	IM
Janssen COVID-19		10/20/21	Janssen Pharmaceutial			RD / LD	IM

Form reviewed & vaccine administered by: _____ Date: _____

Clinic/Office Address: Pike County Health Department, 606 W. Adams, Pittsfield, IL 62363; (217) 285-4407, ext. 124

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



Para quienes reciban la vacuna:

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.

Nombre _____

Edad _____

1. ¿Se siente enfermo hoy?

Sí No No sabe

2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?

• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?

Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Otra _____

• ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no)

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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).

• Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes:

o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia

o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos

• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19

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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).

5. Marque todo lo que corresponda:

Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.

Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años.

Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.

Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.

Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.

Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.

Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej. por infección por el VIH, cáncer) o recibo medicamentos o terapias inmunodepresoras.

Tengo un trastorno hemorrágico.

Tomo un anticoagulante (*blood thinner*).

Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT).

Estoy embarazada o amamantando actualmente.

He recibido relleno dérmico (*dermal fillers*).

Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)

Formulario revisado por _____

Fecha _____