

Formulario de consentimiento/documentación de la vacuna contra el COVID-19

Información del paciente (escriba en letra de molde legible)

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo biológico: Femenino Masculino Desconocido o no informado

Origen étnico: No hispano/latino Hispano/Latino (Centroamérica/Sudamérica, México, Cuba, Puerto Rico, Otro)
 Desconocido o no informado

Raza 1: Blanco Negro o afroamericano Asiático Indígena americano o nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro Desconocido o no informado

Raza 2: Blanco Negro o afroamericano Asiático Indígena americano o nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro Desconocido o no informado

Raza 3: Blanco Negro o afroamericano Asiático Indígena americano o nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro Desconocido o no informado

Dirección residencial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Cuestionario de detección

Preguntas de detección de COVID-19

1. En las últimas dos semanas, ¿dio positivo en la prueba de COVID-19 o actualmente lo están controlando para detectar COVID-19? Sí No
2. En las últimas dos semanas, ¿tuvo contacto con alguien que dio positivo por 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, náuseas, vómitos o diarrea? Sí No
4. Temperatura del paciente: _____ Fecha: _____

Preguntas de detección de vacunación

1. ¿Está enfermo hoy (resfrío, fiebre, enfermedad aguda)? Sí No
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, comida, vacuna o al látex? Sí No
3. ¿Tuvo una reacción grave a una vacuna en el pasado? Sí No
4. ¿Tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? Sí No
5. ¿Está embarazada o hay posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes? Sí No
6. ¿Está amamantando actualmente? Sí No
7. ¿Tiene algún trastorno de coagulación o está tomando anticoagulantes? Sí No
8. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo, como una enfermedad cardíaca, pulmonar, hepática, asma, enfermedad renal, 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 el sistema inmunitario debilitado o en los últimos 3 meses tomó medicamentos que lo debilitan, como cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o tratamientos de radiación? Sí No
11. Durante el último año, ¿recibió una transfusión de sangre o derivados de la sangre o le dieron inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? Sí No
12. En las últimas 4 semanas, ¿recibió alguna vacuna o una prueba cutánea de tuberculosis? Sí No
13. ¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

Me dieron una copia de la Autorización de uso de emergencia (EUA) de COVID-19. Leí, me explicaron y entiendo la información en la EUA. Pido que me administren la vacuna. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de vacunación en el Sistema de información de vacunación de Kansas (KSWebIZ) para mí mismo.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del paciente en letra de molde

Fecha de nacimiento

Si el paciente es menor de edad:

Firma de padre/tutor

Fecha

Nombre en letra de molde de padre/tutor

Para uso exclusivo de la oficina

Vacuna: COVID-19

Vía: Intramuscular **Dosis:** _____ mL

Fabricante: Moderna Pfizer J&J Otro _____

Numero de lote: _____

Sitio: Deltoides Izquierdo Derecho

Fecha de vencimiento: _____

Otro _____

Administrado por: _____
Firma y cargo del administrador de vacunas

Fecha de administración: _____