

COVID-19 Registro de Administración de Vacunas

Me han dado una copia y e leído o me han explicado la información en el Uso de Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la Vacuna COVID-19 para prevenir la enfermedad coronavirus 2019 actualizado 12/2020. Estoy de acuerdo en que he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de recibir una vacuna aprobada bajo una autorización de uso de emergencia de la FDA. Solicito que se me dé la inmunización a mí o a la persona a la que se nombra a continuación para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Acepto permanecer en el lugar de vacunación para observación después de la inmunización. Entiendo y se me ha dado información sobre los síntomas locales y sistémicos posteriores a la vacunación, el tratamiento de los síntomas locales o sistémicos posteriores a la vacunación, si proceden médicamente, y la información sobre los eventos adversos de la vacuna Vsafe y VAERS.

Entiendo que la información recopilada en este formulario se utilizará para documentar la autorización para la recepción de vacunas. La información se compartirá a través del Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de atención médica directamente involucrados con el paciente para asegurar la finalización del calendario de vacunación. La información recopilada en este formulario es voluntaria y confidencial. **Por favor, letra de molde.**

Nombre del paciente (último, primero, medio inicial):		Fecha de nacimiento:	Edad:	<input type="checkbox"/> Masculino	
				<input type="checkbox"/> Femenino	
Apellido de Soltera:		Otros apellidos que ha tenido:			
Número de teléfono:		Condado:			
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Etnicidad (marque uno): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		Raza (marque uno): <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro			
Preguntas para la persona que recibe la vacuna:				Si	No
1. Se siente enfermo hoy?					
2. Alguna vez ha recibido una dosis de vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿Cuándo? _____ ¿Qué producto de vacuna? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson					
3. Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la que te trataron con epinefrina o EpiPen®, o para la cual tuviste que ir al hospital?					
a. La grave reaccion alergica fue despues de recibir la vacuna Covid-19?					
b. La grave reaccion alergica fue de un componente de una vacuna Covid-19?					
c. La grave reaccion alergica fue despues de recibir otra vacuna o medicamento inyectable?					
4. Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19? En caso afirmativo, qué fecha? ____ / ____ / ____					
5. Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? En caso afirmativo, NO PUEDE vacunarse.				<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Ha tenido una prueba positiva para COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19?					
7. Tiene un sistema inmunitario debilitado causado por algo como infección por VIH, cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresores?					
8. Tiene un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante?					
9. Está embarazada? En caso afirmativo, el Departamento de Salud Pública no puede vacunarla.				<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Está amamantando? En caso afirmativo, su proveedor de atención médica debe aprobar la vacuna.					
Al firmar, certifico que la persona mencionada anteriormente es elegible para recibir esta vacuna. Consentimiento de la persona para recibir la vacuna o persona autorizada: X _____			Fecha:		

Sólo para uso oficial:

RHD 3.5.2021

Screening/Education Review: _____

Data Entry: _____