

COVID-19 Immunization Form

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Teléfono#: (_____) _____ - _____ Genero: Masculino Femenino

Raza (Circule): Afro-americano Nativo de Alaska Asiático/Islas del Pacifico Nativo Americano Blanco Otro

Etnia: Hispano? Sí No]

Por favor conteste las siguientes preguntas con respecto a la persona que recibirá la vacuna	Si	No
¿Esta moderada o severamente enfermo/a o ha tenido fiebre en las últimas 24 horas?		
¿Ha tenido alguna reacción alérgica seria (anafilaxia) en el pasado?		
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica (de cualquier gravedad) a la vacuna de ARNm COVID-19 o a alguno de sus componentes, incluyendo polietilenglicol (PEG) o polisorbato?		
¿Ha sido diagnosticado/tratado para la enfermedad del COVID-19 en los últimos 2 semanas?		
¿HA RECIBIDO ANTES UNA VACUNA DEL COVID-19? FECHA:		

Por favor, escriba sus iniciales y firme lo siguiente:

He recibido una copia, he leído, o se me ha explicado la información contenida en la **Declaración de información sobre la(s) vacuna(s)** acerca de la enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Yo pido que se me administren las vacunas indicadas o doy permiso si soy la persona autorizada para decidir por alguien más. Entiendo que la información acerca de las vacunas puede ser compartida con escuelas, guarderías, proveedores médicos, organizaciones o autoridades pertinentes con fines de verificar el estatus de mis vacunas. Esta información puede ser compartida con el Departamento de Salud (estatal o federal), para estudios medicamente necesarios, o para mantenimiento de registros.

_____ Entiendo que no debería de hacerme una mamografía de rutina hasta por 4 a 6 semanas

_____ Entiendo que debería **esperar 15 a 30 minutos** después de recibir la vacuna.

Firma de autorización: _____ Fecha: _____

***** Sólo para uso interno *****

Vaccine Administration Record:

Vaccine	Dose in Series	Lot Number/Exp. Date	Site	Date	Administered By	Checked
<input type="checkbox"/> PFIZER-BIONTECH COVID-19 Vac (12+) Adult/Adol 30mcg/0.3mL	<input type="checkbox"/> 1st		<input type="checkbox"/> L DELT			
<input type="checkbox"/> PFIZER-BIONTECH COVID-19 Vac (5-11) Pediatric 10mcg/0.2mL	<input type="checkbox"/> 2nd		<input type="checkbox"/> R DELT			
<input type="checkbox"/> OTHER:	<input type="checkbox"/> 1st Booster		<input type="checkbox"/> Other:			
	<input type="checkbox"/> 2nd Booster					
	<input type="checkbox"/> OTHER:					