

**COVID-19 VACCINE ADMINISTRATION
RECORD**

Apellido Completo del Paciente: _____ Primer Nombre Completo: _____

Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año) _____ Genero: Masculino Femenino Otro

Niego responder

Tipo de Dirección: (seleccione uno o los dos) domicilio dirección de envío

Domicilio: _____ # de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: (____) _____

Correo electrónico (para su segunda cita): _____ Preferencia de Lenguaje: _____

Preguntas de Evaluación del Paciente

	Circule su respuesta:		
	Si	No	No Se
¿Tiene fiebre o se siente mal?	Si	No	
¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna COVID-19? ¿Si la respuesta es Sí, que producto de vacuna? Pfizer Moderna Otro	Si	No	No Se
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave? (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la cual fue tratado con epinefrina EpiPen®, o por lo que tuvo que ir al hospital?	Si	No	No Se
Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave o anafilaxia a cualquiera de los siguientes:	Si	No	No Se
• ¿Una dosis anterior de la vacuna contra COVID-19?	Si	No	No Se
• ¿Polietileno glicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia?	Si	No	No Se
• ¿Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas, y esteroides intravenosos?	Si	No	No Se
• ¿Otras vacunas (aparte de la vacuna contra COVID-19), o algún medicamento inyectable?	Si	No	No Se
• Algo más incluyendo: ¿medicamentos orales, alimentos, animales, piquete de abeja, etc.?	Si	No	No Se
Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19?	Si	No	
¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?	Si	No	
¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como la infección del VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	Si	No	
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	Si	No	
¿Tiene un historial de o está a riesgo de un trastorno de coagulación de la sangre?	Si	No	
¿Ha sido diagnosticado con un coagulo de sangre en los últimos 6 meses?	Si	No	
¿Se ha desmayado el paciente alguna vez después de las inyecciones?	Si	No	
¿Está embarazada o dando pecho?	Si	No	

Registro de administración de la vacuna contra COVID-19

Consentimiento del Paciente

He recibido la(s) Declaración (es) de Información sobre la Vacuna de las vacunas que se van a administrar y todas mis preguntas han sido respondidas. Solicito que se me administre la vacuna a mi o a la persona nombrada anteriormente, de que soy responsable. Permito la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamaciones de seguro y solicitar pagos de beneficios médicos.

Su nombre completo en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Si no es el paciente, escribe su relación al paciente: _____

Fecha: _____

Raza: (Seleccione todas las que le apliquen) Americano Indígena/Nativo de Alaska Asiático

Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico Negro/ Africano Americano Blanco Niego Responder

Etnicidad del Paciente: Hispano? Sí No No se

La siguiente porción es para el personal de la clínica. FOR CLINIC USE ONLY

Dose #	Vaccine	Brand Name	Lot Number	Exp.	Manuf.	Dose (ML)	Site/Rte	Elig.	EUA Pub Date	EUA VIS Given
	COVID-19				Pfizer-BioNTech	0.3		S	12/2020	
					Moderna	0.5		S	12/2020 03/2021	
n/a					J & J	0.5		S	02/2021 04/2021	

Vaccine Administrator Signature: _____ Title: _____ Date: _____

Vaccine Administrator Signature: _____ Title: Instructor Date: _____

Vaccine site/route codes: **LAIM-** left arm intramuscular **RAIM-** right arm intramuscular