

COVID-19

Formulario de Verificación de la Vacuna

DECEMBER 10, 2021



1. Alguna vez ha recibido una dosis de la Vacuna contra el COVID-19?
 Sí No
Sí es así, cual producto?
 Pfizer Moderna Otro _____
2. Ha tenido prueba positiva de COVID-19 en los últimos 14 días o ha recibido terapia de anticuerpo monoclonal en los últimos 90 días?
 Sí No
3. ¿Qué vacuna desea recibir usted hoy?
 Serie inicial Refuerzo 3ra dosis para inmunocomprometidos Pediátrica 5 a 11 años
(Pfizer 12 años o mayor) (16 años o mayor) (12 años o mayor) (Pfizer)
4. Está embarazada o amamantando?
(Sí usted está embarazada o amamantando usted podría recibir la vacuna, pero debe discutir esto con su proveedor de salud antes de recibir la vacuna.)
 Sí No
5. Ha participado en un estudio o prueba de la vacuna contra el COVID-19?
 Sí No
6. Usted está inmunocomprometido(a) o toma/recibe medicamento que afecta su sistema inmune?
 Sí No
7. Ha tenido anteriormente una reacción anafiláctica que requiera que usted tenga consigo un EpiPen?
(Sí es así, por favor notifique a la Enfermera encargada. Usted debe ser observado en el área de vacunación por 30 minutos después de recibir la vacuna.)
 Sí No

Yo reconozco que he leído y entiendo la información provista en la hoja de datos del FDA (Administración para Alimentos y Drogas) de "Autorización de Uso de Emergencia (EUA por sus siglas en inglés) de la vacuna contra COVID-19 para prevenir la Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19).

Firma del Paciente

Nombre Impreso

Fecha

Complete lo siguiente si la persona recibiendo la vacuna es menor de 18 años.

Firma del Padre o Guardián Legal del Paciente

Nombre impreso del Padre o Guardián Legal de Paciente

Fecha de Nacimiento del paciente

COVID-19

Vaccine Acknowledgment Form



LEFT DELTOID	RIGHT DELTOID	1st	2nd	3rd	Booster
--------------	---------------	-----	-----	-----	---------

Administered by: _____ Date: _____

MFG: _____

LOT: _____

NDC: _____

EXP: _____