

Age: _____

Pfizer Adult
Pfizer Peds
Moderna
J&J
Flu

1st Dose
2nd Dose
Additional Dose
Booster

FECHA: _____

**CONSENTIMIENTO COVID-19 Y REGISTRO DE PACIENTES
POR FAVOR IMPRIMA Y COMPLETE TODAS LAS ENTRADAS**

NOMBRE DE PACIENTE (SEGUNDO APELLIDO- PRIMER APELLIDO)		DIRECCION	
CUIDAD, ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DE CASA Y CELULAR
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EL ESTADO CIVIL	
RELACION CON PACIENTE:		IDIOMA PREFERIDO:	
NOMBRE DE PADRES O GUARDIAN		DIRECCION DE PADRES O GUARDIAN	
FECHA DE NACIMIENTO DE PADRES O GUARDIAN	CELULAR DE PADRES O GUARDIAN	NUMERO DE TELEFONO DE CASA	
RAZA: <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Africano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Amenrindio/a o Nativo/a de Alazka <input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hawaiano/a	ORIGEN ETNICO HISPANO/A O LATINO/A <input type="checkbox"/> NO HISPANO/A O LATINO/A <input type="checkbox"/>	CORREO ELECTRONICO	
INFORMACION DE SEGUROS			
ASEGURANZA		NUMERO DE IDENTIFICACION DEL MIEMBRO	
DOCTOR PRIMARIO		NOMBRE DEL ASEGURADO	
NOMBRE DE EMERGENCIA		Relación con el paciente	TELEFONO DE EMERGENCIA

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	
¿Se siente enfermo hoy?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Le han diagnosticado un síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C o SIM-A) después de una infección por COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Recibió terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o plasma de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a (1) un componente de la vacuna contra el COVID-19, incluido el glicol polietileno (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia; (2) polisorbato; (3) una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 [esto incluiría una reacción alérgica severa (p. ej., anafilaxis) que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que hizo que fuera al hospital. También incluiría una reacción alérgica que se produjo dentro de las 4 horas que ocasionó urticaria, hinchazón, dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene un sistema inmunitario debilitado, por ejemplo, a causa de una infección de VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

¿Tiene antecedentes de trombosis con trombocitopenia después de la vacuna Janssen COVID-19 o cualquier otra vacuna COVID-19 vectorizada por adenovirus?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Está embarazada o en período de lactancia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha recibido rellenos dérmicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré (GBS)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a (1) un componente de la vacuna contra el COVID-19, incluido el glicol polietileno (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia; (2) polisorbato; (3) una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 [esto incluiría una reacción alérgica severa (p. ej., anafilaxis) que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que hizo que fuera al hospital. También incluiría una reacción alérgica que se produjo dentro de las 4 horas que ocasionó urticaria, hinchazón, dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o un medicamento inyectable? [Esto incluiría una reacción alérgica severa (p. ej., anafilaxis) que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que hiciera que vaya al hospital. También incluiría una reacción alérgica que se produjo dentro de las 4 horas que ocasionó urticaria, hinchazón, dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

- He leído o me han explicado y he entendido los beneficios, efectos secundarios y riesgos de recibir y riesgos de no recibir la vacunación COVID-19
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias.
- Acepto quedar me en el sitio de vacunación de DOHC durante al menos 15 minutos después de recibir la vacuna o seguir las instrucciones del personal de DOHC.
- Autorizo al personal de DOHC a notificar a mi médico/practicante y/o la salud pública de la vacuna recibida, cualquier evento adverso experimentado y/o a ponerse en contacto conmigo con cualquier seguimiento si es necesario.

Doy mi consentimiento para recibir la vacuna COVID-19 hoy O	Doy mi consentimiento en nombre del paciente para recibir la vacuna COVID-19 hoy
Imprima el Nombre;	Imprima el Nombre;
La Fecha:	La Fecha: Relación;
La Firma:	La Firma:

4. VACCINE INFORMATION - DOHC STAFF USE ONLY:

Previous COVID-19 Vaccination? (Check COVID Card & appropriate box below)			
i. No previous COVID-19 Vaccination <input type="checkbox"/>		iv. 2nd dose Moderna ≥ 6 months ago? <input type="checkbox"/>	
ii. 1st dose Moderna ≥ 28 days ago? <input type="checkbox"/>		v. 2nd dose Pfizer ≥ 6 months ago? <input type="checkbox"/>	
iii. 1st dose Pfizer ≥ 21 days ago? <input type="checkbox"/>		vi. Janssen dose ≥ 2 months ago? <input type="checkbox"/>	
Vaccine	COVID-19 Vaccine **CHECK Vaccine CARD	Site of Injection:	Administering Staff:
Date/Time			
Date:	Pfizer (12+ years) <input type="checkbox"/> 1st dose <input type="checkbox"/> Pfizer (5 - 11 years) <input type="checkbox"/> 2nd dose <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Additional dose <input type="checkbox"/>	L arm / R arm	Staff Name:
Time:	Janssen <input type="checkbox"/> Booster dose <input type="checkbox"/> Dose: _____ mL		Staff Signature:
	Lot #: _____ Exp: _____		