



Registro de Administración de Vacunas y Evaluación

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 Inmunizaciones de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de atención médica directamente involucrados con el paciente para asegurar que se complete el programa de vacunación. La información recopilada en este formulario es voluntaria y confidencial. **Por favor escriba nombre.**

Cliente: Apellido: Nombre: Inicial:

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: mes: _____ día: _____ año: _____ Género: Masculino Femenino Otro

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Medicare/Medicaid Número _____ Etnicidad:

Hispano No Hispano Raza: Negro/Afroamericano Indio Americano Asiático Blanco Otra Raza

Preguntas para la persona recibiendo la vacuna	Sí	No
1. ¿Está usted enfermo/a hoy? (fiebre, tos, dificultad para respirar, nausea/vomito en las ultimas 24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se encuentra actualmente aislado por COVID-19 o ha estado en contacto cercano con alguien que dio positivo a COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. ¿Ha tenido alguna vez una reacción anafiláctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. ¿Alguna vez ha tenido una reacción anafiláctica a un componente de la vacuna COVID-19, otra vacuna, o una terapia inyectable (por ejemplo, intramuscular, intravenosa o subcutánea)? Enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿ Está usted moderada o severamente inmunodeprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Doy fe de que tengo a lo menos 12 años de edad y cumplo con los criterios para recibir la dosis de refuerzo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, información sobre las enfermedades y la vacuna a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas para mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de recibir una vacuna aprobada por FDA o bajo una Autorización de Uso de Emergencia de la FDA. Doy mi consentimiento para recibir la vacuna en un lugar público. Me han informado sobre el tiempo apropiado en el que se espera que me monitoreen para detectar reacciones posteriores a la vacunación en función de mis factores de riesgo. **Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que me administren la vacuna, o en el caso de que sea un tutor, a mi hijo/a.**

Firma de Consentimiento: _____ Fecha: _____

¿Está recibiendo Dosis 1 Dosis 2 Dosis 3 Dosis De Refuerzo?

For Vaccinator

Vaccine	Dosage	Site	Trade name/Manufacturer	Lot Number	Expiration Date
COVID-19	.5 .3	RD			
	.25 .2	LD			

Signature and Title – Person Administering Vaccine: _____ Date: _____