Clínica de vacunación para COVID de Green County Public Health

Green County Public Health
Prevent. Promote. Protect.

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:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Inical:** ☐

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 ulitimas 24 horas)	☐	☐
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?	☐	☐
3a. ¿Ha tenido alguna vez una reacción anafiláctica? **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:	☐ ☐	☐ ☐
4. ¿ Está usted moderada o severamente inmunodeprimido?	☐	☐
5. Doy fe de que soy, o en el caso de que sea un tutor, mi hijo/a, de 5 años de edad o más, y elegible para recibir la dosis de refuerzo de COVID-19.	☐	☐

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 .25 .2	RD LD		

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