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.** ¿Está actualmente en aislamiento después de dar positivo por COVID-19, o ha estado expuesto a alguien con COVID-19 en los últimos 10 días? | ☐ | ☐ |
| **3a.** ¿Ha tenido alguna vez una reacción anafiláctica?<br>**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: | ☐<br>☐ | ☐<br>☐ |
| **4.** ¿ Está usted moderada o severamente inmunodeprimido? | ☐ | ☐ |

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<br>.25 .2 | RD<br>LD | | |
| Signature and Title – Person Administering Vaccine:_____ Date:_____ | | | | |