



DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
(nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

VACUNA CONTRA COVID-19

FECHA	INSTALACION	UNIDAD (opcional)

Instructions: To be completed for each dose administered

Section 1: History / Historia clínica	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	A. ¿Ha recibido previamente una dosis de la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, complete esta sección. 1) Marque la marca apropiada y escriba la fecha de la última dosis. <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer Fecha de la última dosis: _____ 2) ¿Ha tenido una reacción alérgica grave? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* 3) ¿Tuvo alguna otra reacción adversa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* 4) ¿Necesitó que lo viera un proveedor por dolor en el pecho, falta de aire o palpitaciones, o le dieron un nuevo diagnóstico médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí*
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí *	B. ¿Ha tenido alguna vez una reacción adversa grave a alguna vacuna o terapias inyectables o a algún componente de la vacuna, como el polietilenglicol o el polisorbato?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí **	C. ¿Tiene actualmente fiebre o una enfermedad respiratoria?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí **	D. ¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí **	E. ¿Ha tenido alguna vez miocarditis o pericarditis?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí **	F. ¿Ha tenido alguna vez síndrome inflamatorio multisistémico por infección de COVID-19?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ***	G. ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT)?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ***	H. ¿Tiene actualmente un trastorno de la coagulación, un trastorno hemorrágico o un recuento bajo de plaquetas?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ****	I. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado por una enfermedad como el cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?
<p>* If patient answered "Sí" to any of these questions, STOP and review the triage document and refer to practitioner for answers in triage document yellow column.</p> <p>** If patient answered "Sí" to any of these questions, STOP and consult with on-site practitioner. Vaccinate or create a follow-up encounter based on practitioner recommendation.</p> <p>*** If patient answered "Sí" to this question, assist in and verify bleeding control prior to end of appointment.</p> <p>**** If patient answered "Sí" to this question, review the Information Sheet for Immunocompromised Patients Considering COVID-19 Vaccination with the patient in order to provide informed consent.</p>	

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.
 Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.

Distribution: **ORIGINAL** - Health Record **COPY** - Scanned to DOC HS COVID Vaccine



DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
(nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

VACUNA CONTRA COVID-19

FECHA	INSTALACION	UNIDAD (opcional)

Section 2: Education / Educación

- Patient read Emergency Use Authorization Fact sheet for recipients (EUA) / *El paciente leyó la Hoja de datos de autorización de uso en emergencias para los receptores (EUA) por sus siglas en inglés.*
- Risks/benefits of recommended intervention explained; patient consents / *Explicación de los riesgos/beneficios de la intervención recomendada; consentimiento del paciente*

_____ Employee giving vaccination initial that education was given EUA Version:

Section 3: CONSENT / REFUSAL

He leído, o me han explicado, la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19.

- Doy mi consentimiento y pido que la vacuna se me administre la vacuna. **ME HAN ACONSEJADO QUE ESPERE 15-30 MINUTOS DE OBSERVACIÓN DESPUÉS DE RECIBIR LA VACUNA ANTES DE SALIR.**
- Me niego a aceptar la vacuna recomendada** que se me ofrece en este momento. Entiendo los riesgos de esta decisión.

 Firma del paciente

 Fecha

 Nombre impreso y firma del tutor

 Fecha

Section 4: Vaccination / Vacuna

- 0.5 ml **Moderna Bivalent** vaccine given intramuscularly.
- 0.3 ml **Pfizer-BioNTech Bivalent** vaccine given intramuscularly.
- Other:

Lot number:

Expiration/Beyond Use date:

Deltoid (circle one):

L

R

Dose Number (circle one):

1

2

3

Booster

Date vaccine given:

Section 6. Observation / Observación

_____ **Employee giving vaccination initials: Patient was observed for 15 minutes after receiving vaccine dose.**

 Print/stamp name of employee giving vaccination

 Signature of employee giving vaccination

 Job Title of employee giving vaccination

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law. *Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.*