

Covid-19 Formulario de documentación/consentimiento de vacunas

Información del paciente (por favor imprima de forma legible)

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Medio:** _____
Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** Mujer Hombre
Dirección: _____ **Ciudad:** _____
Estado: _____ **Zip:** _____ **Teléfono:** _____
Correo electrónico: _____
Raza: blancos negros o afroamericanos indios asiáticos americanos o nativos de Alaska nativos hawaianos u otros isleños del Pacífico otros desconocidos o no reportados
Origen étnico: no hispanos/latinos hispanos/latinos desconocidos/no reportados
***Por favor adjunte copia de la tarjeta de seguro Tipo de ins:** _____

Me han ofrecido una copia de la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) covid-19. He leído, me lo he explicado y entiendo la información de la UCE. Pido que me administren la vacuna. Doy mi consentimiento para incluir estos datos de inmunización en el Sistema de Información de Inmunización de Kansas (KSWebIZ) para mí.

Yo, el infrascrito, certifico que toda la información anterior es correcta a mi entender. Se me ha ofrecido un Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud del Condado de Thomas.

Firma: _____

Fecha: _____

Cuestionario de cribado

Preguntas sobre la detección de COVID-19

1. En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo por COVID-19 o actualmente está siendo monitoreado por COVID-19? **Sí** **No**
2. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido contacto con alguien que haya dado positivo por COVID-19? **Sí** **No**
3. ¿Actualmente o en las últimas dos semanas ha tenido fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea? **Sí** **No**

Temperatura del paciente: _____ **Fecha:** _____

Preguntas sobre la detección de inmunización

1. ¿Está enfermo hoy (resfriado, fiebre, enfermedad aguda)? **Sí** **No**
2. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, una vacuna, látex, polietilenglicol (PEG) o polisorbato? **Sí** **No** _____
3. ¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? **Sí** **No**
4. ¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain-Barré? **Sí** **No**
5. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en el próximo mes o está amamantando? **Sí** **No**
6. ¿Tiene un trastorno de coagulación de la sangre o actualmente está tomando anticoagulantes? **Sí** **No**

7. ¿Tiene un trastorno de coagulación de la sangre o actualmente está tomando anticoagulantes? **Sí** **No**
8. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad hepática, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre? **Sí** **No** **Círculo o lista:** _____
9. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn u otra afección que le dificulta la lucha contra las infecciones? **Sí** **No** **Círculo o lista:** _____
10. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado o en los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que lo debilitan, como cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o tratamientos de radiación? **Sí** **No**
11. Durante el año pasado, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos o le han dado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? **Sí** **No**
12. ¿Has recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para covid-19? **Sí** **No** _____
13. En las últimas 4 semanas, ¿ha recibido alguna vacuna o una prueba cutánea de tuberculosis? **Sí** **No**

Solo para uso de Office

Vaccine: COVID-19 **Route:** _____ **Dose:** _____
Manufacturer: _____
Lot Number: _____
Expiration Date: _____

EUA Date: _____ **Site:** Deltoid Left Right
Administered By: _____
Date Given: _____ **Time Given:** _____
WEBIZ: _____ **SCANNED:** _____ **BILLED:** _____