

# COVID-19 Documentación de la vacuna/Formulario de consentimiento

## Información para el paciente (por favor imprima de forma legible)

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Medio:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_  
**Estado:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_  
**Raza:**  blancos  negros o afroamericanos  asiáticos  indios americanos o nativos de Alaska  hawaianos u otros isleños del Pacífico  otros  desconocidos o no reportados  
**Etnicidad:**  no hispanos/ latinos  hispanos / latinos  desconocidos / no reportados  
**\*Por favor adjunte copia de la tarjeta de seguro Tipo 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 EUA. Pido que me administren la vacuna. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de inmunización en el Sistema de Información de Inmunización de Kansas (KSWebIZ) por mí mismo.

Yo, el abajo firmante, certifico que toda la información anterior es correcta a mi mejor saber y entender. Me han ofrecido un Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Thomas.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Cuestionario de selección

### Preguntas sobre la detección de COVID-19

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

**Temperatura del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Preguntas sobre la detección de inmunización

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

- ¿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 sanguíneo?  **Sí**  **No**  
**Círculo o lista:** \_\_\_\_\_
  - ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn u otra afección que le dé dificultad de la lucha contra las infecciones?  **Sí**  **No**  
**Círculo o lista:** \_\_\_\_\_
  - ¿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**
  - Durante el año pasado, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos o se le ha administrado globulina inmune (gamma) o un medicamento antiviral?  **Sí**  **No**
  - ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?  **Sí**  **No**
  - En las últimas 4 semanas, ¿ha recibido alguna vacuna o una prueba cutánea de TB?  **Sí**  **No**
  - ¿Ha recibido previamente una vacuna contra el COVID-19?  **Sí**  **No**
    - En caso afirmación, ¿qué vacuna:  **Pfizer**  **Moderna**  **Janssen/J&J**  **Novavax**
    - En caso afirmando, cuáles fueron las fechas aproximadas: 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_
- Refuerzo:** \_\_\_\_\_

## Solo para uso de Office

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

1st: \_\_\_\_\_ 2nd: \_\_\_\_\_ 3rd: \_\_\_\_\_  
 Booster: # \_\_\_\_\_

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