

## 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: _____ <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Raza: <input type="checkbox"/> blancos <input type="checkbox"/> negros o afroamericanos <input type="checkbox"/> asiáticos <input type="checkbox"/> indios americanos o nativos de Alaska <input type="checkbox"/> hawaianos u otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> desconocidos o no reportados Etnicidad: <input type="checkbox"/> no hispanos/ latinos <input type="checkbox"/> hispanos / latinos <input type="checkbox"/> 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.  <b>Firma:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____
--	--

### Cuestionario de selección

<p><b>Preguntas sobre la detección de COVID-19</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo por COVID-19 o actualmente está siendo monitoreado por COVID-19? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> <li>2. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido contacto con alguien que dio positivo por COVID-19? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> <li>3. ¿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? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                  Temperatura del paciente: _____ Fecha: _____</li> </ol> <p><b>Preguntas sobre la detección de inmunización</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Está enfermo hoy (resfriado, fiebre, enfermedad aguda)? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> <li>2. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, una vacuna, látex, polietilenglicol (PEG) o polisorbato? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> _____</li> <li>3. ¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> <li>4. ¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain-Barré? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> <li>5. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en el próximo mes o está amamantando? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> <li>6. ¿Tiene un trastorno de la coagulación de la sangre o actualmente está tomando anticoagulantes? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. ¿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? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>  <b>Círculo o lista:</b> _____</li> <li>8. ¿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? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <b>Círculo o lista:</b> _____</li> <li>9. ¿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? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> <li>10. 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? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> <li>11. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> <li>12. En las últimas 4 semanas, ¿ha recibido alguna vacuna o una prueba cutánea de TB? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b></li> <li>13. ¿Ha recibido previamente una vacuna contra el COVID-19?                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. En caso afirmación, ¿qué vacuna: <input type="checkbox"/> <b>Pfizer</b> <input type="checkbox"/> <b>Moderna</b> <input type="checkbox"/> <b>Janssen/J&amp;J</b></li> <li>b. En caso afirmando, cuáles fueron las fechas aproximadas: 1ª _____ 2ª _____</li> </ol> </li> </ol>
---	--

### Solo para uso de Office

Vaccine: COVID-19	Route: _____	Dose: _____	1st: _____ 2nd: _____ 3rd: _____	EUA Date: _____	Site: Deltoid <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right
Manufacturer: _____	Booster: #1 _____ #2 _____			Administered By: _____	
Lot Number: _____				Date: _____	Time Given: _____
Expiration Date: _____				WEBIZ: _____	SCANNED: _____ BILLED: _____