



VACUNACIÓN COVID-19

Departamento de Salud del Condado de DeKalb

Fecha de la cita: ____/____/____ Hora: _____

2550 N. ANNIE GLIDDEN ROAD DEKALB, IL 60115 (815) 758-6673

PROVEEDOR # 36-6006548

NPI # 1548315344

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ Inicial de Segundo Nombre _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD _____ MASCULINO FEMENINO

TELEFONO # ____/____/____ ¿Puede recibir mensajes de texto SMS a este número? Sí No

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

CONDADO _____ CORREO ELECTRONICO _____

PREGUNTAS MEDICAS

¿Se siente enfermo hoy? Sí No ¿Estás embarazada o amamantando? Sí No

¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un medicamento anticoagulante? Sí No

¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19? Sí No

¿Ha recibido o planea recibir alguna otra vacuna dentro de los 14 días de haber recibido la vacuna COVID-19? Sí No

¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? En caso que sí, ¿qué producto de vacuna?

Moderna Pfizer Otra _____ Fecha la primera vacuna: _____

¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen o por la que tuvo que ir al hospital?

Sí No

¿Tuvo una reacción alérgica grave después de recibir la vacuna COVID-19? Sí No

¿Tuvo una reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna o medicamento inyectable? Sí No

ETNICIDAD DEL CLIENTE Hispano o Latino No Hispano o Latino

RAZA (marque todo lo que le corresponda)

Afroamericano Asiático Hispano o Latino Caucásico

Indio americano Nativo de Alaska Otro _____

POBLACIÓN QUE SE ESTÁ VACUNANDO

Trabajadores del Sector de la Salud Doctor Dentista Sector Educativo

Servicios Médicos de Emergencia Fuerzas Policiales Salud Pública Albergue Para Desamparados

Hogar Para Grupos(Orfanatos, Asilo de Ancianos etc.) Población General Otro _____

CLIENTE DE LA VACUNA: Se me ha proporcionado información disponible sobre la vacuna que se administrará. He leído o me han explicado la información sobre la vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y pido que me administren la vacuna marcada a continuación oa la persona mencionada en esta solicitud para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. En caso de que ocurra una exposición a sangre o fluidos corporales, entiendo que el personal del Departamento de Salud del Condado de DeKalb (DCHD) puede necesitar obtener una muestra de sangre de la persona mencionada en esta solicitud.

CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento para que mi nombre, dirección, número de teléfono, citas y registro de vacunas se mantengan en I-CARE, registros médicos electrónicos y otros sistemas de registros estatales y federales. También autorizo la divulgación de este registro a mi médico para el cumplimiento de regulaciones. Desde hoy declaro que seme a puesto a mi disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad de DCHD con fecha del 14 de abril de 2003. Entiendo que la vacuna COVID es una vacuna de 2 pasos y acepto regresar en la fecha prescrita para la segunda inyección. Mi firma a continuación también indica que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa.

Firma de la persona autorizada para realizar la solicitud:

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA

FECHA

ÚNICAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA

VACCINE	SITE	✓	Lot, expiration date, Manufacturer	Sticker Here
COVID-19 Moderna	LD / RD			
COVID-19 Pfizer- BioNTech	LD / RD			

Expected Date of Vaccine #2 _____

Moderna-- 4 weeks or 28 days apart

Pfizer--3 weeks or 21 days apart

SIGNATURE OF RN _____ DATE ____/____/____

I-CARE Entry Date _____ Initials _____