

**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

¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?  Sí  No

En caso afirmativo, fecha de la última dosis: \_\_\_\_\_ (NOTA: La dosis de refuerzo de Moderna / Pfizer es al menos 6 meses después de la segunda dosis; Janssen (J&J) es al menos 2 meses después de la primera dosis)

En caso que sí, ¿Qué producto de vacuna?  Moderna  Pfizer  Janssen (J&J)  Otra \_\_\_\_\_

¿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 En caso que sí, ¿a qué? \_\_\_\_\_

¿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

¿Es usted mujer entre 18 y 49 años?  Sí  No

¿Es usted hombre de entre 12 y 29 años?  Sí  No

¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis?  Sí  No

¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia como tratamiento para COVID-19?  Sí  No

¿Le han diagnosticado síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19?  Sí  No

¿Tiene un sistema inmunológico debilitado debido a una enfermedad / trastorno, o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?  Sí  No

¿Tiene un trastorno hemorrágico?  Sí  No

¿Toma un anticoagulante?  Sí  No

¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)?  Sí  No

¿Está embarazada o amamantando?  Sí  No

**ETNICIDAD/ RAZA**

ETNICIDAD DEL CLIENTE  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

**RAZA (marque todo lo que le corresponda)**

Afroamericano  Asiático  Caucásico

Indio americano  Nativo de Alaska  Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN**

**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 alguna 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 (CIRCLE)	1ST/2ND ✓	BOOSTER ✓
COVID-19 Moderna	LD / RD		
COVID-19 (0.25ml) Moderna Booster	LD / RD		
COVID-19 Pfizer-BioNTech	LD / RD		
COVID-19 (0.2 ml) Pfizer-BioNTech	LD / RD		
Pediatric (age 5-11)	LD / RD		
COVID-19 Janssen (J & J)	LD / RD		

Sticker Here

SIGNATURE OF RN \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I-CARE Entry Date \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_