

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

¿Su hijo tiene alguno de estos síntomas hoy: fiebre, tos, vómitos, diarrea o parece irritable? Sí No

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

En caso afirmativo, fecha de la última dosis: _____

En caso que sí, ¿Qué producto de vacuna? Moderna Pfizer

¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción alérgica grave a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la que fueron tratados con epinefrina o EpiPen o por la que tuvieron 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

¿Su hijo tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis? Sí No

¿¿Su hijo ha sido diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19?
 Sí No

¿Su hijo tiene un sistema inmunológico debilitado debido a una enfermedad / trastorno, o tiene medicamentos o terapias inmunosupresoras? Sí No

¿Su hijo tiene un trastorno hemorrágico? Sí No

¿Su hijo tiene un anticoagulante? Sí No

¿Su hijo tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)? 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 cualquier vacuna COVID es una vacuna de 2 o 3 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 ✓	3rd ✓	Booster ✓
COVID-19 Moderna Pediatric (0.25ml) (6mo-5 years)	LD / RD LAT / RAT			
COVID-19 Moderna Bivalent Booster Pediatric (0.2ml) (6mo-5 years)	LD / RD LAT / RAT			
COVID-19 (0.2 ml) Pfizer-BioNTech Pediatric (age 6mo-4 years)	LD / RD LAT / RAT			
COVID-19 (0.2 ml) Pfizer-BioNTech Bivalent Booster Pediatric (age 6mo-4 years)	LD / RD LAT / RAT			
COVID-19 (0.2 ml) Pfizer-BioNTech Pediatric (age 5-11)	LD / RD LAT / RAT			
COVID-19 (0.2 ml) Pfizer-BioNTech Bivalent Booster Pediatric (age 5-11)	LD / RD LAT / RAT			

Sticker Here

SIGNATURE OF RN _____ DATE ____/____/____ WEIGHT: _____ lbs

I-CARE Entry Date _____ Initials _____