

Apellido(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial de segundo nombre

--	--

Fecha de nacimiento

		/			/				
<small>Mes</small>	<small>Día</small>		<small>Año</small>						

Dosis número 1 2

Preguntas de evaluación de salud		Sí	No
1.	¿Está enfermo hoy?		
2.	¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica al polisorbato, polietilenglicol o a la dosis anterior del COVID-19?		
3.	¿Tuvo alguna reacción grave (anafilaxia) ante otra vacuna o medicamento inyectable?		
4.	¿Tuvo alguna reacción alérgica grave a animales, comida, entorno o medicamentos orales?		
5.	¿Está embarazada o en periodo de lactancia?		
6.	¿Recibió alguna vacuna dentro de los últimos 14 días?		
7.	¿Recibió algún relleno dérmico? (Juvaderm®, Restylane®, etc.)? (solo aplica para vacunas de ARNm)		
8.	¿Ha estado enfermo o hace poco que se recuperó de un caso confirmado del COVID-19 dentro de los últimos 3 meses?		
9.	¿Recibió plasma convaleciente o anticuerpos monoclonales como parte de su tratamiento para el COVID-19 dentro de los últimos 3 meses?		

Autorización para la administración de la vacuna contra el COVID-19

Lo leí o me lo explicaron, y entiendo el riesgo y los beneficios de recibir la vacuna contra el COVID-19. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron muy bien contestadas. Por el presente, libero al proveedor, sus empleados y los voluntarios de cualquier responsabilidad que pueda ocurrir después de la administración de la vacuna.

Firma del paciente o padre/tutor: _____

Fecha: _____

DETÉNGASE - POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

COVID/VFC PIN <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						Clinic Name <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						Provider Type: <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Private	Prescribing Provider Name <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						
Manufacturer <input type="checkbox"/> PFR (Pfizer) <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Janssen	Lot Number <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						Dosage <input type="checkbox"/> 0.3 ml <input type="checkbox"/> 0.5 ml	Site <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> RT	Date Administered <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><small>M</small></td><td><small>M</small></td><td></td><td><small>D</small></td><td><small>D</small></td><td></td><td><small>Y</small></td><td><small>Y</small></td><td><small>Y</small></td><td><small>Y</small></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			/			/																<small>M</small>	<small>M</small>		<small>D</small>	<small>D</small>		<small>Y</small>	<small>Y</small>	<small>Y</small>	<small>Y</small>											
		/			/																																																														
<small>M</small>	<small>M</small>		<small>D</small>	<small>D</small>		<small>Y</small>	<small>Y</small>	<small>Y</small>	<small>Y</small>																																																										
Administered by: Name _____ Title _____																																																																			

Paciente o padre

Name:

D.O.B:

Phone #