

Formulario para la Vacuna contra COVID-19 de Pfizer : 2021

HN2 Site for Data Entry: _____	Client Birthdate: _____
Date of Service: _____	Client ID #: _____
Highest Trained Provider: _____	Additional Providers: _____
Responsible Person Info:	
<i>(for clients under age 18)</i>	
Last Name: _____	First Name: _____
Race: _____	Sex: _____ Birthdate: _____
Relationship: _____	Phone: _____
Financial Eligibility: _____	A = Native American / Alaskan Native N = No Insurance
COVID-19 vaccine series number: _____	Circle one: 1 st dose 2 nd dose 3 rd dose or booster dose
Imm. Up to Date for Age after Visit: _____	Y = Yes N = No
Interval to Next Imm: _____	Circle one: 21 days (3 weeks) or 0 days
VIS Names: _____	Pfizer COVID-19 Fact Sheet for Recipients

Data Entry to Complete	Initials
HN2 Client Register; Insurance; Signature	
HN2 Encounter	

Sección 1: Información acerca del Paciente que Recibirá la Vacuna contra el COVID (por favor imprime)

NOMBRE DEL PACIENTE(Apellido)	(Primero)	(M.I.)	APELLIDO DE SOLTERA DEL PACIENTE	CONDADO DE RESIDENCIA
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	EDAD	GENERO Masculino Femenino	Apellido de Soltera de Su Madre para GRITS	
ETHNICIDAD (Por favor Circule) No Hispano/Latino Hispano Latino	RAZA (Por favor Circule) Asiático Negro Blanco Multi-racial Indígena Americano o de Alaska Indígena de Hawái/otra Isla Pacífica		ESTADO CIVIL (Por favor Circule) Soltero Casado Divorciado Separado Viudo	
DIRRECCIÓN DE ENVÍO			NÚMERO DE TELÉFONO (casa, celular, trabajo)	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO (personal, trabajo)	
NOMBRE DE PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA		RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO PARA PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA	

Sección 2: Información Médica: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si esta persona puede recibir la vacuna contra el COVID-19.

1. ¿Se siente enfermo hoy?	Si	No
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si responde si, ¿por favor circule cual recibió?: Moderna, Pfizer, J&J, u otro?	Si	No
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: un componente de la vacuna contra el COVID-19 (polietilenglicol o polisorbato) o una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19?	Si	No
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna o a un medicamento inyectable?	Si	No
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna contra COVID-19, ¿o cualquier vacuna o medicamento inyectable? Esto incluirá medicamentos para mascotas, alimentos, ambientales u orales.	Si	No
6. ¿Es usted una mujer entre las edades de 18-49 años o es un hombre entre las edades de 12-29 años?	Si	No
7. ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis?	Si	No
8. ¿Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barre?	Si	No
9. ¿Está embarazada o amamantando?	Si	No
10. ¿Le han diagnosticado síndrome inflamatorio multisistémico después de una infección por COVID-19?	Si	No
11. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?	Si	No
12. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina?	Si	No
13. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado (es decir, cáncer, trasplante de órganos, VIH) o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	Si	No
14. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo (¿por ejemplo, un asilo, residencia para personas mayores?)	Si	No
15. ¿Tiene entre 18 y 64 años con afecciones medicas subyacentes? Por favor, enumere:	Si	No
16. ¿Está en alto riesgo de exposición al COVID-19 debido a un entorno ocupacional o institucional?	Si	No

Sección 3: CONSENTIMIENTO: Si este formulario de consentimiento no se completa completamente, esta firmado y fechado, el paciente.

DOY MI CONSENTIMIENTO a DPH District 10 para que paciente mencionado arriba reciba la vacuna contra COVID-19. Reconozco que la información médica y del paciente proporcionado anteriormente es correcta. Me han dado una copia y he leído (o me han explicado) la información en la Hoja informativa de Pfizer COVID-19 para destinatarios y cuidadores. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y solicito que se me administre a mi o al paciente mencionado anteriormente para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Entiendo que se recomienda esperar al menos 15 minutos en el sitio clínico después de recibir la inmunización en caso de una reacción de la vacuna.

Firma de Paciente Tutor: _____ **Relación:** _____ **Fecha:** _____

HN2 Code	Vaccine Description	Source	Age Range Dosage/Route	Manufacturer Trade Name	NDC	Lot #	Site	
							LD	RD
mRNA; LNP-S	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine	StSupl	> = 12 years 0.3 mL	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine	59267-1000-02		LD	RD
							Intramuscular	