

## Formulario para la Vacuna contra COVID-19 de Pfizer

HN2 Site for Data Entry: _____	Client Birthdate: _____
Date of Service: _____	Client ID #: _____
Highest Trained Provider: _____	Additional Providers: _____
<b>Responsible Person Info:</b>	
(for clients under age 18)	Last Name: _____ First Name: _____
	Race: _____ Sex: _____ Birthdate: _____
	Relationship: _____ Phone: _____
Financial Eligibility: A = Native American / Alaskan Native N = No Insurance M = Insured/Vaccines Covered	
COVID-19 vaccine series number: _____	Circle one: 1 <sup>st</sup> dose, 2 <sup>nd</sup> dose, Additional, or Booster Dose
Imm. Up to Date for Age after Visit: _____	Y = Yes N = No
Interval to Next Imm: _____ (days/weeks/months)	
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 imprimir)

APELLIDO DEL PACIENTE	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA DE LA PACIENTE	CONDADO DE RESIDENCIA
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	EDAD	GÉNERO Masculino Femenino	Apellido de su madre (para GRITS)	
ETNICIDAD (Por favor indique) No Hispano/Latino Hispano Latino	RAZA (Por favor indique) Asiático/a Negro/a Blanco/a Multi-racial Indígena Americano/a o de Alaska Indígena de Hawái/otra Isla Pacífica		ESTADO CIVIL (Por favor indique) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a	
DIRRECCIÓN POSTAL			NÚMERO DE TELÉFONO (indique si es de casa, celular o del trabajo)	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO (personal o del trabajo)	
NOMBRE DE SU CONTACTO DE EMERGENCIA		RELACIÓN CON USTED	NÚMERO DE TELÉFONO DE SU CONTACTO DE EMERGENCIA	

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

Responda a las siguientes preguntas sobre la salud de quien recibe la vacuna:	Sí	No	No Sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? *En caso afirmativo, qué producto de vacuna: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Otro: _____			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia) a algo, por ejemplo, una reacción que debió ser tratada con epinefrina o una EpiPen o por la cual tuvo que ir al hospital' le provocó urticaria, hinchazón, o dificultades para respirar, incluyendo sibilancias? *¿La reacción grave fue después de recibir una vacuna contra el COVID-19? *¿La reacción grave fue después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?			
4. <b>Marque:</b> <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de miocarditis o pericarditis <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Tiene un historial médico del síndrome de Guillain-Barre</span> <input type="checkbox"/> Tiene un trastorno del sangrado o toma medicamentos anticoagulantes <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de trombocitopenia inducida por heparina (HIT) <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos</span> <input type="checkbox"/> En este momento está embarazada o amamantando <input type="checkbox"/> Tuvo COVID-19 y se le trató con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente <input type="checkbox"/> Fue diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección de COVID-19			
5. <b>Marque:</b> <input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunitario debilitado (infección por HIV, cáncer): En caso afirmativo, qué condición: _____ <input type="checkbox"/> Recibe medicamentos o terapias inmunosupresoras: si la respuesta es sí, indique cuáles: _____			

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

**DOY MI CONSENTIMIENTO** al Departamento de Salud del Distrito 10 para que el/la paciente mencionado/a arriba reciba la vacuna contra el COVID-19. Reconozco que la información médica y del/de la paciente proporcionada 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 mí o al/la paciente mencionado/a 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 que se produzca una reacción a la vacuna.

**Firma del/ de la Paciente ó Tutor/a:** \_\_\_\_\_ **Relación con usted:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

HN2 Code	Vaccine Description	Source	Age Range	Dosage (Circle one)	NDC	Lot #	Site	
							Route	
COVID-19-PFIZER-BNT-TS-S	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine - TRIS-SUCROSE (mRNA; LNP-S, pres-free; 30 mcg/0.3mL; MDV)	StSupl	> = 12 years	0.3 mL 1st, 2nd, Additional	59267-1025-04		Intramuscular	
							LD	RD
COVID-19-PFIZER-BNT-PED-S	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine - PEDIATRIC (mRNA; LNP-S, pres-free; 10 mcg/0.2mL; MDV)	StSupl	5y – 11y	0.2 mL 1st, 2nd, Additional	59267-1055-04		Intramuscular	
							LD	RD
COVID-19-PFIZER-BNT-PED-6MO-S	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine - PEDIATRIC, TRIS-SUCROSE, Age 6MO-4Y (mRNA; LNP-S, pres-free; 3 mcg/0.2mL)	StSupl	6m – 4y	0.2 mL 1st, 2nd, 3rd	59267-0078-04		Intramuscular	
							LD	RD