

Nombre completo escrito: Primero _____ el medio _____
 último _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____ No correo electrónico

¿Ya se ha registrado en el portal de la vacuna de COVID-19? Sí No

Número de teléfono de casa: _____ Celular: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Condado: _____ Estado: _____

La mejor manera para contactarle: SMS/Texto Correo Electrónico Ambos Ninguno

Raza: Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano
 Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico Blanco Otro Desconocido

Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido

Género: Masculino Femenino Otro No deseo especificar

Idioma preferido: Inglés Vietnamita Árabe Francés
 Español Hindi Otro Prefiero no decir

Discapacidades: No Discapacitado Cancer Cognitivo (Psicológico or Psiquiátrica)
 Neurológico Físico (Movilidad) Respiratorio
 Sensory (Vision or Hearing) Other (Please Specify: _____)

Certifico que puedo dar mi consentimiento para esta vacuna COVID-19 contra esta enfermedad contagiosa o soy el padre, madre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente si es menor de edad. Doy mi consentimiento para recibir la vacuna y para que mi información demográfica y de mi estado de salud se comparta con el Sistema de Administración de COVID-19 (CVMS) según sea necesario. Recibí una copia de la Hoja Informativa de Autorización de uso de Emergencia sobre la vacuna Pfizer COVID-19 (también disponible electrónicamente a través de este código QR). Reconozco que me han aconsejado que permanezca cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o mas en casos específicos) después de la administración para observación. Si experimento una reacción severa después de salir de la oficina, llamaré al 911 o iré al hospital más cercano.



Autorizo el pago del seguro privado de Medicare / Medicaid que se realice en mi nombre al proveedor de atención médica autorizado que administra la vacuna por los servicios prestados. Entiendo que mi firma a continuación servirá como "firma en el archivo" legal para propósitos de presentar reclamos de seguro / Medicaid y pago de beneficios a Sandhills Pediatrics. **LAS VACUNAS de COVID SON GRATUITAS PARA TODOS, SIN IMPORTAR SI TIENE SEGURO PRIVADO O GUBERNAMENTAL O NINGÚN SEGURO.** Si usted no es un paciente existente de Sandhills Pediatrics, necesitamos una copia de su tarjeta de seguro para que podamos facturar a su seguro (¡Sin costo para usted según la Ley Federal!)



Firma: _____ Fecha: _____
 Nombre escrito: _____ (Parent/Guardian must sign if <16yo)

Site of Injection: Right Deltoid, IM Left Deltoid, IM Other _____ 1st dose 2nd 3rd Booster
 Administration Date: ____/____/____ Time: _____ Pfizer COVID 19 vaccine(COMIRNATY)
 Lot #: _____ Exp: ____/____/____ Vaccine administered by: _____

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19 - Pfizer

Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre _____

Edad _____

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?			
<i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
<ul style="list-style-type: none"> • Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?			
<i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
5. Marque todo lo que corresponda: Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.			
Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.			
Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.			
Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.			
Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej. por infección por el VIH, cáncer) o recibo medicamentos o terapias inmunodepresoras.			
Tengo un trastorno hemorrágico.			
Tomo un anticoagulante (blood thinner).			
Estoy embarazada o amamantando actualmente.			
He recibido relleno dérmico (dermal fillers).			

Formulario revisado por _____

Fecha _____