

# Formulario de Vacunación Contra el COVID-19

**POR FAVOR IMPRIMA**

<b>Apellidos del Paciente:</b>	<b>Primer Nombre:</b>	<b>Inicial del Segundo Nombre:</b>
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Fecha de Nacimiento:</b> / /	<b>Edad:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>
	<b>Teléfono de Casa:</b> (    )	
<b>Correo Electrónico:</b>	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino	
	<input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocida	
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o
<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Desconocida Nativa de Alaska

**Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería recibir una vacuna de inmunización contra el COVID-19.**

*Si una pregunta no está clara, pídale a un proveedor de atención médica que se la explique.*

1.	¿La persona que se va a vacunar alguna vez ha recibido la vacuna contra el COVID-19?..... Fecha _____ Fabricante _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2.	¿La persona que se va a vacunar es alérgica a un componente de la vacuna?..... Enumere todas las alergias: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3.	¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave (anafilaxia) a un inyectable? o medicamento intravenoso o vacuna? .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4.	¿La persona que se va a vacunar alguna ha tenido una reacción grave (anafilaxia) por alguna otra razón? ... [observar durante 30 minutos] .....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5.	¿La persona que se va a vacunar hoy se encuentra enferma, incluso si es sintomática o asintomática debido al COVID-19?.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6.	¿La persona que se va a vacunar ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7.	¿La persona que se va a vacunar a recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para el COVID19 en los últimos 90 días?.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8.	¿La persona que se va a vacunar tiene menos de 18 años?... ..	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9.	¿La persona que va a recibir la vacuna ha tenido fiebre de > 1000F en las últimas 24 horas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10.	¿La persona que se va a vacunar está embarazada o amamantando?.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**Solicitud para la Administración de la vacuna del COVID-19 al destinatario mencionado anteriormente:** Reconozco que he recibido la información contenida en la Declaración de Información de la Vacuna o la Hoja de información acerca de la Autorización de Uso de emergencia y el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Tennessee. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprender sus riesgos y beneficios. Soy consciente de que, para brindar protección contra el virus que causa el COVID-19, es posible que se requieran dos dosis de esta misma vacuna. Reconozco que puedo recibir un recordatorio para una segunda dosis por mensaje de texto (si se proporciona el número de teléfono celular, se pueden aplicar tarifas de mensajería estándar), o por una llamada telefónica o correo electrónico.

Por la presente libero a CITY OF MEMPHIS, sus afiliados, empleados, directores y funcionarios de toda responsabilidad que emerja de cualquier accidente, acto de omisión o comisión que surja durante la administración de la vacuna mencionada anteriormente.

**FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O GUARDIAN/PODER NOTARIAL:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

*Este consentimiento es válido por 12 meses a partir de la fecha de su firma.*



# Formulario de Vacunación Contra el COVID-19

CITY OF MEMPHIS

Vaccination Site Location [address] \_\_\_\_\_

## AREA FOR OFFICIAL USE ONLY

### Nursing Immunization [INJECTION #1] Documentation

**Manufacturer:**

**Dose:**  0.5 mL Moderna

0.3 mL Pfizer

**Route:** IM

**Site Administered:**  Right Deltoid  Left Deltoid  [Other]

**Lot Number:** \_\_\_\_\_ **Best When Used By:** / / **EUA Date:** 12/2020

**Date Given:** / / **Provider number:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

*Signature indicates immunization given according to PHN Protocol*

Vaccine NOT given secondary to contraindication:

## AREA FOR OFFICIAL USE ONLY

### Nursing Immunization [INJECTION #2] Documentation

All initial screening questions have been reviewed and discussed.

**Manufacturer:**

**Dose:**  0.5 mL Moderna

0.3 mL Pfizer

**Route:** IM

**Site Administered:**  Right Deltoid  Left Deltoid  [Other]

**Lot Number:** \_\_\_\_\_ **Best When Used By:** / / **EUA Date:** 12/2020

**Date Given:** / / **Provider number:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

*Signature indicates immunization given according to PHN Protocol*

Vaccine NOT given secondary to contraindication: