



Drivers License#/or SS# _____ Temp: _____

COVID-19 Vaccination Consent Form 2021

Apellido (<i>en letra de imprenta</i>)	Nombre		Fecha de nacimiento	Masculino/ Femenino	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono	Correo electrónico	Contacto de emergencia para el día de hoy			

EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNACIÓN (MODERNA o PFIZER)

1. Está embarazada?	Yes	NO
2. Actualmente está amamantando?	Yes	No
3. Tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a otras vacunas o medicamentos o infusiones inyectables?	Yes	No
4. Tuvo alguna reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a algún componente de la vacuna, incluidas las nanopartículas lipídicas y el polietilenglicol (PEG)?	Yes	No
5. Recibió alguna otra vacuna en los últimos 14 días o tiene programado recibir alguna vacuna en los próximos 14 días?	Yes	No
6. Recibió infusiones de plasma de personas convalecientes o de anticuerpos monoclonales o policlonales para la COVID-19 en los últimos 90 días?	Yes	No
7. Es menor de 18 años (para Moderna)? Es menor de 12 años (para Pfizer)?	Yes	No
8. Actualmente está enfermo? Por ejemplo, ¿está experimentando en este momento fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, etc.?	Yes	No
9. Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante que no sea aspirin diario para bebés?	Yes	No
10. Dio positivo para COVID-19 en los últimos 10 días?	Yes	No
11. Está actualmente en cuarentena por exposición a la COVID-19?	Yes	No
12. Si esta es su segunda dosis, ¿cuál fue la fecha de la primera dosis?	/ /	
13. Si esta es su segunda dosis, ¿qué vacuna recibió (Pfizer, Moderna, etc.)?		

CONSENT FOR VACCINATION/CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA

Revisaré o he revisado mis respuestas a las preguntas anteriores con la persona que me vacunará. Si experimento alguna reacción adversa después de haberme ido, se lo notificaré a mi proveedor de atención primaria. Revisé la Hoja de datos sobre la autorización de uso de emergencia que recibí hoy. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna.

Tengo autorización para solicitar que se le administre la vacuna indicada anteriormente a la persona mencionada más arriba, y lo solicito. Entiendo que puedo revisar un Aviso de prácticas de privacidad en el momento de la vacunación.

Firma del padre, la madre, el tutor o el paciente _____ Fecha _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

VIS Date:

vaccine	Date vaccination and EUA Given:	Route	Manufacturer	Lot No.	Printed Name and Signature of Vaccine Administrator



Drivers License#/or SS# _____ Temp: _____