



Vacuna COVID-19

POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Primer Nombre: _____ **Apellido del paciente:** _____ **Inicial de Segundo Nombre:** _____

Nombre de soltera (opcional): _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ **Edad:** _____ **Sexo:** F M Otro

Raza: Blanco Negro Asiático Nativo Americano Otro Islaño del pacífico

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Celular: (_____) **Padre o Teléfono Alternativo:** _____

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir una vacuna COVID-19. Las preguntas deben responderse a la persona que será vacunada.
Responder "Sí" a cualquier pregunta no impide que se vacune. Significa que se le harán preguntas adicionales.
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 es menor de 12 años?..... Sí No
2. ¿Historia de alguna reacción alérgica inmediata, de cualquier gravedad, después de una dosis previa de la vacuna de mRNA COVID-19 o de cualquiera de sus componentes (incluido el polietilenglicol [PEG]) o polisorbato?..... Sí No
La causa/Alergias _____
3. ¿Historial de reacción alérgica inmediata de cualquier gravedad a cualquier sustancia?..... Sí No
La causa/Alergias _____
4. ¿La persona que se va a vacunar ha recibido alguna vez la vacuna COVID-19?..... Sí No
Fecha de la primera dosis: _____ **Fabricante:** _____
Fecha de la segunda dosis: _____ **Fabricante:** _____
5. ¿La persona que se va a vacunar está enferma hoy, incluida una infección sintomática o asintomática por COVID-19?..... Sí No
6. ¿La persona que se va a vacunar ha recibido terapia con anticuerpos pasivos para COVID-19 en los últimos 90 días?..... Sí No
7. ¿Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS)?..... Sí No
8. ¿La persona que se va a vacunar está embarazada o amamantando?..... Sí No

Solicitud de administración de la vacuna COVID-19 para el destinatario mencionado anteriormente: Reconozco que he recibido la Declaración de información sobre vacunas o la Hoja de información de autorización de uso de emergencia y el Aviso de prácticas de privacidad del Meharry Medical College. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Soy consciente de que, para brindar protección contra el virus que causa COVID-19, es posible que se requieran dosis adicionales. Reconozco que puedo recibir un recordatorio de dosis adicionales por mensaje de texto (si se proporciona el número de teléfono celular, se pueden aplicar tarifas de mensajería estándar), llamada telefónica o correo.

Firma del paciente/Padre o tutor legal/Poder notarial firma: _____ **Fecha:** _____

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



Site Location: Alumni Hall Other: _____

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY

Nursing Immunization (**INJECTION #1**) Documentation

Manufacturer: Pfizer Moderna J&J (Janssen)
Dose: 0.3 mL 0.5 mL _____ mL **Route:** IM
Site Administered: Right Deltoid Left Deltoid _____

Lot Number: _____ **Expiration Date:** / /

Date Given: / /

Signature: _____
Signature indicates immunization given according to PHN Protocol

- All initial screening questions have been reviewed and discussed.
- Vaccine NOT given secondary to contraindication:

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY

Nursing Immunization (**INJECTION #2**) Documentation

Manufacturer: Pfizer Moderna J&J (Janssen)
Dose: 0.3 mL 0.5 mL _____ mL **Route:** IM
Site Administered: Right Deltoid Left Deltoid _____

Lot Number: _____ **Expiration Date:** / /

Date Given: / /

Signature: _____
Signature indicates immunization given according to PHN Protocol

- All initial screening questions have been reviewed and discussed.
- Vaccine NOT given secondary to contraindication:

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY

Nursing Immunization (**INJECTION #2**) Documentation

Manufacturer: Pfizer Moderna J&J (Janssen)
Dose: 0.3 mL 0.5 mL _____ mL **Route:** IM
Site Administered: Right Deltoid Left Deltoid _____

Lot Number: _____ **Expiration Date:** / /

Date Given: / /

Signature: _____
Signature indicates immunization given according to PHN Protocol

- All initial screening questions have been reviewed and discussed.
- Vaccine NOT given secondary to contraindication: