Formulario para la Vacuna contra COVID-19 de Pfizer : 2021

HN2 Site for Data Entry: _____ Client Birthdate: _____
Date of Service: _____ Client ID #: _____
Highest Trained Provider: _____ Additional Providers: _____
Responsible Person Info: *Last Name:* _____ *First Name:* _____
(for clients under age 18) *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: 1st dose, 2nd 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 imprime))*

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	
DIRRECIÓN 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.*

1.	¿Se siente enfermo/a hoy?	Sí	No
2.	¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si responde que sí, por favor señale cuál recibió: Moderna, Pfizer, J&J, u otra _____	Sí	No
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a algún componente de la vacuna contra el COVID-19 (tales como el polietilenglicol o el polisorbato) o a una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19?	Sí	No
4.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna o a algún medicamento inyectable?	Sí	No
5.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a cualquier vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría mascotas, alimentos, factores ambientales o medicamentos orales.	Sí	No
6.	¿Es usted una mujer entre las edades de 18-49 años o es un hombre entre las edades de 12-29 años?	Sí	No
7.	¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis?	Sí	No
8.	¿Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barre?	Sí	No
9.	¿Está embarazada o amamantando?	Sí	No
10.	¿Le han diagnosticado síndrome inflamatorio multisistémico después de una infección por COVID-19?	Sí	No
11.	¿Ha recibido terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?	Sí	No
12.	¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina?	Sí	No
13.	¿Tiene un sistema inmunitario debilitado (debido a cáncer, trasplante de órganos, VIH) o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	Sí	No
14.	¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo (¿por ejemplo, un asilo o una residencia para personas mayores?)	Sí	No
15.	¿Tiene usted entre 18 y 64 años y sufre de afecciones medicas subyacentes? Por favor, enumérelas:	Sí	No
16.	¿Está en alto riesgo de exposición al COVID-19 debido a un entorno ocupacional o institucional?	Sí	No

Seccion 3: CONSENTIMIENTO: *Si este formulario de consentimiento no se completa completamento, 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 Intramuscular
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		LD	RD Intramuscular
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		LD	RD Intramuscular

 Nurse Signature _____ Date: _____