

Affix Patient
Sticker Here

Registro de Administración de la Vacuna del COVID-19 - Población General

Información Personal:

Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ MR#: _____

He recibido y leído la Hoja de Hechos de la Autorización de Uso de Emergencia para recipientes y cuidadores Si No

Yo estoy embarazada, considerando embarazarme dentro de los próximos 6 meses, o lactando y entiendo que la vacuna no ha sido probada en mujeres embarazadas o que estén lactando. También entiendo que tal vez hable con mi proveedor para hacer una revisión de los riesgos y beneficios de recibir la vacuna del COVID-19 Si No N/A

Elegibilidad para la Vacuna del COVID-19 :

- 1. Esta actualmente bajo órdenes de cuarentena como resultado de estar expuesto al COVID-19, o resultados pendientes o pruebas sintomáticas? Si No
- 2. Esta actualmente en aislamiento al salir positivo a la prueba del COVID-19? Si No
- 3. Está experimentando algún síntoma del COVID-19 tal como fiebre, escalofríos, fatiga, moqueo, tos, dolor de cabeza severo, dolor de garganta, dolor corporal, dificultad para respirar, o nueva pérdida del gusto u olfato? Si No
- 4. Ha tenido alguna reacción alérgica severa (ejemplo: anafilaxis) o una reacción alérgica inmediata severa a una vacuna previa del COVID-19 ? Si No
- 5. Alguna vez ha tenido un reacción alérgica severa (ejemplo: anafilaxis) o alguna reacción alérgica inmediata de cualquier gravedad a algún componente de la vacuna del COVID-19 o al polisorbato : **Para la vacuna Pfizer:** mRNA, lípidos inyectables (polietilenglicol, hidroxibutilo (4-hidroxibutilo)azanediyil)bis(hexano-6,1-diyil)bis(2-hexildecanoato), N-ditetradecylacetamide, y colesterol)cloruro de potasio, fosfato de potasio, cloruro de sodio, fosfato de sodio, o sacarosa. **Para la vacuna Moderna :** mRNA, lípidos inyectables inyectables(SM-102, polietilenglicol, dimiristoil glicerd, 1,2- distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina y colesterol), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato sódico y sacarosa? Si No
- 6. Ha recibido una infusión de un anticuerpo monoclonal o tratamiento con plasma convalecencia en los últimos 90 días? Si No
- 7. Alguna vez ha tenido una reacción alérgica severa (ejemplo: anafilaxis) en el pasado? Si No

Si el paciente responde si a las preguntas 1-6 **NO** podrán recibir la vacuna. Si el paciente responde si a la pregunta 7, podrá recibir la vacuna pero tendrá que ser observado por 30 minutos.

INTERPRETER ATTESTATION: Interpretation has been provided by _____ Phone