

La información recopilada en este formulario se utilizará para documentar la autorización para la recepción de vacunas. La información se compartirá a través del Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR) y el Registro para la Comunicación Efectiva de las Necesidades de Inmunización (RECIN) con otros proveedores de atención médica directamente involucrados con el paciente para asegurar que se complete las vacunas programadas. La información recopilada en este formulario es voluntaria y confidencial. **Por favor, Imprima.**

Nombre del cliente: Apellido: _____ Primero: _____ Medio: _____

Apellido (s) anterior (es): _____ **Apellido de soltera de la madre:** _____

Edad: _____ **Fecha de nacimiento:** mes: _____ día _____ año: _____ **Género:** Hombre Mujer Otro

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código:** _____ **Teléfono:** _____

Etnicidad: Hispano No-Hispano **Raza:** Afro Americano Indio Americano Asiático Blanco Otra Raza

Preguntas para la persona que recibe la vacuna	Sí	No
1. ¿Estás enfermo hoy? (fiebre, tos, dificultad para respirar, náuseas/vómitos en las últimas 24? horas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna COVID-19? Si es así, ¿Cuál? Fecha de recepción: / / 2021 Prepárese para mostrar su tarjeta/documentación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave que requirió tratamiento con epinefrina/EpiPen o que le hizo ir al hospital, o que le causó urticaria, hinchazón, sibilancias o dificultad respiratoria a cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Un componente de la vacuna contra la COVID-19 (incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia)? • Polisorbato (que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas de película, y esteroides IV)? • ¿Una dosis previa de vacuna contra el COVID-19, otra vacuna o medicamento inyectable? Lista: _____ • ¿Algo más (por ejemplo, otras alergias de mediación, alimentos, mascotas, veneno, alergias ambientales, etc.)? lista: _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT)? (Si dentro de los 90 días posteriores al diagnóstico, se recomienda la vacuna contra el ARNm [Moderna o Pfizer]. Después de 90 días, se puede ofrecer cualquier vacuna contra el COVID-19).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Te han diagnosticado síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19? (considere retrasar la vacunación durante 90 días después del MIS; consulte con el proveedor de atención médica).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has recibido terapia de anticuerpos/plasma convaleciente para COVID en los últimos 90 días? (si es así, aplazar la vacunación hasta que hayan pasado 90 días desde el tratamiento).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se encuentra actualmente en su período de aislamiento o cuarentena debido al COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

He respondido a las preguntas anteriores a lo mejor que sé y solicito que me vacunen. Me han dado una copia y he leído, o me han explicado, información sobre las enfermedades y la vacuna que se va a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de recibir una vacuna aprobada bajo una autorización de uso de emergencia de la FDA. Consiento recibir la vacuna en un lugar público. Me han informado del tiempo adecuado que se espera que me controlen para detectar reacciones posteriores a la vacunación basadas en mis factores de riesgo. Entiendo que si tengo un relleno dérmico, puedo experimentar hinchazón temporal en o cerca del sitio de la inyección de relleno (generalmente cara/ labios) y me comunicaré con mi proveedor de atención médica si se desarrolla hinchazón. Si soy una mujer entre 18-49 años de edad, soy consciente del riesgo raro pero creciente de trombosis con síndrome de trombocitopenia después de recibir la vacuna Janssen y soy consciente de los síntomas que hay que observar, que se enumeran en la hoja informativa de la UCE. Doy mi consentimiento para recibir la vacuna en un lugar público. Me han informado del momento adecuado en que se espera que me supervisen las reacciones posteriores a la vacunación en función de mis factores de riesgo. **Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que me la administren a mí o, en el caso de que sea un guardián a mi hijo.**

Consentimiento obtenido/Firma: _____ **Fecha:** _____

Escrito Verbal

¿Está recibiendo la dosis 1 o la dosis 2 ?

For Vaccinator/Office Use			
Vaccine	Site		Expiration Date
COVID-19	RD	LD	
Signature and Title – Person Administering Vaccine:			Date:
Entered into WIR/RECIN by:			Date: