

**La vacuna COVID-19 de Pfizer-BIONTECH es para personas mayores de 16 años. Moderna COVID-19 y Janssen COVID-19 son para personas mayores de 18 años**

(First Name) Primer nombre \* \_\_\_\_\_

(Middle Initial) inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

(Last) Name Apellido \* \_\_\_\_\_

(Race) Raza \* \_\_\_\_\_ (Ethnicity) Etnicidad \* \_\_\_\_\_

(Occupation) Ocupación \* \_\_\_\_\_

(Date of Birth) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ (Age) Años \_\_\_\_\_

(Gender) Género \* \_\_\_\_\_

(Email) Dirección de correo electrónico  
\_\_\_\_\_

No proporcionar una dirección de correo electrónico evitará que reciba su registro de vacunación o notificaciones futuras por correo electrónico.

(Phone) Número de teléfono primario \* \_\_\_\_\_

(Address) Dirección \_\_\_\_\_ (City) Ciudad \_\_\_\_\_

(State) Estado \_\_\_\_\_ (Zip) Código postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

**Health Questions**  
**PREGUNTAS DE SALUD**

¿Alguno de los siguientes se aplica a usted?  
¿Es esta su primera o segunda vacunación COVID-19? \*

\_\_\_Primera\_\_\_Segunda

¿Te sientes enferma hoy? \*

\_\_\_ si  
\_\_\_ No  
\_\_\_ No lo sé

¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19 ?Se sim, qual vacina? Pfizer Moderna Outro produto \*

\_\_\_ si  
\_\_\_ No  
\_\_\_ No lo sé

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. Ej., Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).Un componente de la vacuna COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia. -Polisorbato -Una dosis previa de la vacuna COVID-19 \*

\_\_\_ si  
\_\_\_ No  
\_\_\_ No lo sé

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. Ej., Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias). \*

\_\_\_ si  
\_\_\_ No  
\_\_\_ No lo sé

¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias alimentarias, de mascotas, ambientales u medicamentos orales. \*

\_\_\_ si  
\_\_\_ No  
\_\_\_ No lo sé

¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19? \*

- si
- No
- No lo sé

¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19? \*

- si
- No
- No lo sé

¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como la infección por VIH o el cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras? \*

- si
- No
- No lo sé

¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? \*

- si
- No
- No lo sé

¿Estás embarazada o amamantando? \*

- si
- No
- No lo sé

#### IMPORTANTE

Si recibe la vacuna de Janssen COVID-19 Vaccine, solo necesitará colocarse una dosis, no dos. Si recibe la vacuna Moderna COVID-19 Vaccine, debe recibir una segunda vacuna 4 semanas (28 días) más tarde. Su segunda dosis también debe ser la vacuna Moderna COVID-19 Vaccine. Si recibe la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine, debe recibir una segunda vacuna 3 semanas (21 días) más tarde. Su segunda dosis también debe ser la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine.

(Consent) CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

CONSENTIMIENTO PARA LAS VACUNAS - DEBE FIRMAR AQUÍ PARA QUE USTED O SU FAMILIA SEAN VACUNADOS

Al firmar este formulario, doy permiso para que se administre una vacuna COVID-19. Además, acepto que la información anterior es correcta y:

Por la presente autorizo la administración de la vacuna COVID-19 a mí mismo o a la persona nombrada a continuación de quien soy el representante legal. \*

He leído o me han explicado la información contenida en la Hoja de datos para destinatarios y cuidadores: Autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna COVID-19 para prevenir la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y alternativas a la vacuna (es decir, no recibir la vacuna o esperar otras versiones de la vacuna). \*

Creo que los beneficios superan los riesgos y acepto la responsabilidad total por cualquier reacción que pueda resultar de mi recepción de la vacuna o la recepción de la vacuna por la persona nombrada a continuación de la que soy el representante legal. \* Estoy de acuerdo en que se puede requerir que mi información médica relacionada con la vacuna sea o se pueda divulgar voluntariamente a mi proveedor de atención médica, mi plan de seguro y registros estatales o federales u otras autoridades de salud pública, con fines de tratamiento, pago o atención médica. operaciones. También acepto que la organización que proporciona mi vacuna puede usar y divulgar mi información médica como se describe en su Aviso de prácticas de privacidad. \*

Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre esta vacuna y todas las preguntas que tenía sobre la vacuna COVID-19 han sido respondidas satisfactoriamente. \*

Por favor firme aquí su nombre con su dedo o con un ratón de computadora \*

---

Fecha de hoy

---

Relación con la paciente \* \_\_\_\_\_

Nombre del firmante \*

Apellido del firmante \*