

COVID- 19 Questionario de Vacunas

¡Gracias por venir a nuestra clínica! Porfavor, consulte con una enfermera si tiene alguna pregunta.

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar si hay alguna razón por la cual usted no pueda recibir la vacuna de Covid -19. **Si usted responde “Sí” a algunas de las preguntas, no significa que no va a recibir la vacuna.** Solo significa que tendremos más preguntas para usted. Si hay alguna pregunta que usted no entienda, por favor pregunte.

Nombre Legal	Apellido	Nombre Segundo	Fecha de Nacimiento	Etnicidad (círculo one): Hispano No-Hispano
Correo Electrónico			Teléfono	Raza: ☐ Indio-Americano o Alaskano ☐ Indio Nativo ☐ Asiático ☐ Negro/Africano-Americano ☐ Blanco/Caucásico ☐ Prefiero no responder
Dirrección:			Sexo Legal:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Hombre / Mujer	
Número de Contacto de Emergencia:				

Preguntas	SÍ	NO		
¿Ha estado enfermo en las últimas 24 horas, o ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?				
¿Actualmente está usted en aislamiento porque le dijeron que usted tiene Covid-19, o está en cuarentena porque ha sido expuesto a Covid-19?				
¿En los últimos 90 días, ha recibido terapia pasiva con anticuerpos o plasma convaleciente como parte del tratamiento de Covid-19?				
¿Ha tenido alguna vez una reacción anafiláctica u otra reacción potencialmente mortal después de recibir una vacuna? ¿En caso de que sí, que tipo de reacción tuvo?				
¿Ha tenido alguna vez una reacción anafiláctica u otra reacción potencialmente mortal después de recibir otro tipo de terapia inyectable?				
¿Tiene alguna condición que comprometa su sistema inmunológico o toma algún medicamento que afecte su sistema inmunológico?				
¿Tiene alergias a medicamentos, huevos, u otro tipo de medicamentos o vacunas o latex?				
¿Está embarazada o amamantando?				
¿Tiene antecedentes de sangrado o está tomando anticoagulantes?				
¿Alguna vez se ha desmayado o mareado después de recibir inyecciones o de que le extraigan sangre?				
¿Ha recibido alguna vez un dosis anterior de la vacuna Covid-19? En caso afirmativo, ¿qué producto de vacuna?	Janssen	Moderna	Pfizer	NO
¿Si recibió su primer dosis de la vacuna COVID-19, ¿tuvo una reacción a la vacuna dentro de los cuatro horas que lo impulsó a buscar atención médica?				
Divulgación de registros: Autorizo a Packard Health a divulgar este registro de inmunizaciones a la Michigan Registro de Mejora de la Atención, guardaría adecuada, personal escolar, empleador o proveedor(es) según sea necesario. Autorizo recordatorios de correo y mensajes de texto.				

He recibido una copia y he leído, o me han explicado, la información escrita en la hoja más actualizada de información sobre la Vacuna Covid-19 o la hoja apropiada para el Autorizo de Uso Emergencia sobre las enfermedades y la(s) vacuna(s) que se le va a administrar hoy. He tenido la oportunidad de formular preguntas y fueron contestados a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la(s) específica vacuna(s). He pedido que la(s) vacuna(s) que he requisito sea dado a mi o a la persona cuya nombre está escrita arriba y por la que estoy autorizdada hacer ésta requisición. **Entiendo que si un miembro del personal está expuesta a mi sangre o a mis fluidos corporales, se hará un requisito para un exámen de sangre.**

Firma del paciente o padre / tutor (menor de 18 años)

Fecha

STAFF USE ONLY

VACCINE BRAND	Circle one	LOT #	SITE/ROUTE	TIME ADMINSTERED
MODERNA PFIZER JANSSEN (Johnson & Johnson)	1st Dose/2nd Dose		Right/Left Deltoid IM	am/pm