

COVID Immunization Encounter Form

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** ___

Domicilio: _____ **#:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Nº. Telefónico: (____) _____ - _____ **Email:** _____ **Género:** Masc Fem

Raza (Marque uno): Afroamericano, Asiático o de las islas del Pacífico, Blanco, Nativo de Alaska, Nativo Americano, Otro

Etnicidad: Hispano Sí No

Favor de contestar las siguientes preguntas con respecto a la persona que recibirá las vacunas	Si	No
¿Está moderada o severamente enfermo/a o ha tenido fiebre en las últimas 24 horas?		
¿Tiene alergias a algún medicamento, alimento, látex o vacuna?		
¿Ha tenido alguna reacción seria a alguna vacuna en el pasado		
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica (de cualquier gravedad) a la vacuna de ARNm COVID-19 o a alguno de sus componentes, incluyendo polietilenglicol (PEG) o polisorbato?		
¿Carga una inyección de epinefrina (Epi-pen) con usted?		
¿Ha sido diagnosticado/tratado para la enfermedad del COVID-19 en los últimos 90 días?		
¿Te han inyectado rellenos cosméticos/dermicos?		
Si es mujer ¿está usted embarazada o amamantado?		
¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas dos semanas?		
¿HA RECIBIDO ANTES UNA VACUNA DEL COVID -19? Mfg and Date:		
¿Es usted menor de 18 años? Si es así, ¿cuál es su edad?		

Se me ha dado una copia y he leído o se me ha explicado la información contenida en la **Declaración de Información de Vacuna(s)** sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s). Cualquier pregunta que tuve fue contestada a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicada(s) sea(n) dada(s) a mí o a la persona a la que estoy autorizado(a) para hacer esta solicitud. Certifico que he recibido una copia o se me ha dado la oportunidad de leer el **Aviso de Prácticas de Privacidad**. Estoy de acuerdo en que las vacunas pueden ser compartidas con escuelas, centros de día/guarderías, proveedores de salud y otros para verificar el estado de inmunización, para estudios de salud pública, o cuando sea médicamente necesario. Yo libero al gobierno del condado de Utah y sus empleados de todas las reclamaciones derivadas de este tipo de vacunas.

JURISDICCIÓN y COMPETENCIA Los términos y condiciones contenidos en este acuerdo se regirán por las leyes del estado de Utah y se entenderán e interpretarán de acuerdo con esas leyes. Cualquier acción o procedimiento de cualquiera de las partes que se basa en o se deriva de, o de cualquier manera relacionados con este acuerdo se llevarán ante un tribunal de jurisdicción competente en el estado de Utah. Las partes consienten a su jurisdicción personal de dichos tribunales.

Si el paciente es menor de 18 años, el padre o tutor debe firmar a continuación. Si tiene 18 años o más, firme usted mismo a continuación:

Firma del Paciente o Persona Responsable: _____ **Fecha:** ___/___/___

Escriba el nombre si la firma arriba no es del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___

la relación de la persona con el paciente, si no con uno mismo: _____

Date printed on EUA Vaccine Fact Sheet: December 2020 Pfizer/Moderna; Feb 2021 Johnson & Johnson

A CONTINUACION SOLO PARA USO DE OFICINA

COVID-19	Category	Site	Lot #	Dose	Date of Service: ___/___/___
Moderna Dose #1	State			0.5	NOTES:
Moderna Dose #2	State			0.5	
Pfizer Dose #1	State			0.3	
Pfizer Dose #2	State			0.3	
Johnson&Johnson	State			0.5	
					Operator ID

Counselor: _____ **Vaccinator:** _____ Wait 15 minutes **Time:** _____