

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 tratado para la enfermedad del COVID-19 con Plasma monoconal o plasma convaleciente en los últimos 90 días? | | |
| ¿Ha sido diagnosticado con el Síndrome inflamatorio multisistema- de niños (MIS-C)-o el Síndrome inflamatorio multisistema- de adultos (MIS-A) en los últimos 90 días? | | |
| ¿Te han inyectado rellenos cosmeticos/dermicos? | | |
| Si es mujer ¿está usted embarazada o amamantado? | | |
| ¿HA RECIBIDO ANTES UNA VACUNA DEL COVID -19? Mfg and fecha: | | |
| ¿Es usted menor de 18 años? Si es así, ¿cuál es su edad? | | |
| ¿Es usted un niño o adolescente que está tomando terapia con aspirina? | | |
| ¿Tiene antecedentes de coágulos sanguíneos mediados por el sistema inmunológico que están asociados con niveles de plaquetas bajas como la reacción adversa protrombótica llamada TIH (trombocitopenia inducida por heparina)? (SOLO PERTENECIENTE A J&J VACUNA) | | |

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: Pfizer: August 2021, Moderna: December 2020

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 | |
| Booster Dose P M | State | | | 0.3/0.5 | AF OFF PAY PRO |

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

| | | | | | |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Employee#/initials as completed | U | R | N | C | S |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|