



## MASS COVID-19 CLÍNICA Vacuna Administración Record y Revisado

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 Vacunas de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de atención médica directamente involucrados con el paciente para asegurar la finalización del calendario de vacunación. La información recopilada en este formulario es voluntaria y confidencial. **Por favor, conteste lo siguiente.**

<b>Nombre del paciente (Apellido, Primer nombre, nombre del medio)</b>			
<b>Fecha de nacimiento (m/d/año)</b>	<b>Edad</b>	<b>Genero</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Solo-identifico	
<b>Nombre de mama de soltera</b>		<b>Numero de teléfono</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b> <b>C. Postal</b>
<b>Origen étnico</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino		<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u Otra Iseño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Blanco	

<b>Preguntas para la persona que recibe la vacuna</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. ¿Está enfermo hoy? (fiebre, tos, dificultad para respirar, náuseas/vómitos en las últimas 24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se encuentra actualmente en su período de aislamiento o cuarentena debido al COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción anafiláctica observada? Si es así, ¿fue de un componente de la vacuna COVID-19, otra vacuna o un tratamiento inyectable (por ejemplo, intramuscular, intravenoso o subcutáneo)? <b>Lista:</b> _____ <b>*Tenga en cuenta que tendrá que ser observado durante 30 minutos después de recibir su vacuna</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de vacuna COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos o plasma convaleciente para el tratamiento con COVID en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me han proporcionado 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.

Estoy consiente en 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 los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que me administren la vacuna, o en el caso de que sea tutor, mi hijo**

<b>Firma-Persona para recibir la vacuna o la persona autorizada para firmar en nombre del paciente</b>	<b>Fecha</b>
<b>X</b>	

Nombre del paciente (Apellido, Primer nombre)	Fecha de Nacimiento (m/d/año)
---	-------------------------------

**FOR OFFICE USE ONLY**

Is person receiving  Dose 1 or  Dose 2

COVID-19 Vaccine Administered IM- Dose 0.5 ml  
Manufacturer:  
Lot #:  
Expiration Date:

Site of Injection:  Right Deltoid  Left Deltoid  Other \_\_\_\_\_

Signature of Vaccine Administrator: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Time: \_\_\_\_\_

**DATA ENTRY into Wisconsin Immunization Registry**

Date: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_