

COVID Inmunización Formar



VALU-RITE PHARMACY
CHRISTIAN BOOKS & GIFTS

709 W.W. Roy Circle Bridgeport, Texas 77426 (940) 683-2950

Apellido	Primer Nombre		Segundo Nombre
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono
Fecha de Nacimiento	Género	Apellido de Soltera de la Madre (nombre y apellido)	
Nombre del proveedor de atención primaria			
Nombre del contacto de emergencia		Relación	Número de teléfono
Alergias			

Preguntas de detección:

Si No

1. ¿Te sientes enfermo hoy?		
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?		
<ul style="list-style-type: none"> • Si recibió una dosis de la vacuna COVID-19 antes <ul style="list-style-type: none"> ◦ Fabricación de vacunas (example: Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson): _____ ◦ Fecha de la primera dosis: _____ 		
3. ¿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, incluidas sibilancias.)		
<ul style="list-style-type: none"> • 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 		
<ul style="list-style-type: none"> • Polysorbate 		
<ul style="list-style-type: none"> • Una dosis previa de la vacuna COVID-19 		
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) oa 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.)		
5. ¿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.		
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?		
7. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva para COVID-19 o un proveedor de atención médica le dijo alguna vez que tenía COVID-19?		
8. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19? [nota: los anticuerpos monoclonales no incluyen los antibióticos que se le recetarían y surtirían en una farmacia]		
9. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?		
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?		
11. ¿Estás embarazada o amamantando?		

Continuar en la página 2

Consentimiento (marque cada casilla a continuación después de leer)

Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 como se describe en la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) una copia de la cual se me proporcionó con este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Solicito que me administren la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente, un menor de edad por quien represento que estoy autorizado a firmar este formulario de consentimiento.

EUA Hoja de hechos **Moderna**- <https://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua/eua-fact-sheet-providers.pdf>

EUA Hoja de hechos **Pfizer**- <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/eua/pfizer.html>

EUA Hoja de hechos **Johnson & Johnson**- <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/eua/janssen.html>

- Entiendo que en este momento, la vacuna COVID-19 requiere 2 dosis administradas con 21 a 28 días de diferencia, según el fabricante. Si esta es mi primera dosis de la vacuna COVID-19, tengo la intención de recibir una segunda dosis de la misma vacuna de acuerdo con el plazo especificado en la hoja informativa para completar la serie de vacunación.
- Estoy de acuerdo en permanecer en el área de administración de la vacuna durante quince (15) minutos o más si el administrador de la vacuna lo indica después de recibir mi vacuna para asegurarme de que no ocurran reacciones adversas inmediatas.
- Entiendo que recibiré la vacuna sin costo alguno para mí.
 - Si está asegurado, traiga sus tarjetas de seguro médico y de prescripción médica para su cita de vacunación. Autorizo a la farmacia a facturar a mi seguro en mi nombre las vacunas, entendiendo que no incurriré en ningún costo.
 - Si no tiene seguro, debe marcar la casilla a continuación para dar fe de que la siguiente información es verdadera y precisa:
 - No tengo ningún seguro, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios privado o financiado por el gobierno.

Para los pacientes que no tienen seguro, seleccione al menos uno de los siguientes que traerá a su cita.

Esto es necesario para que el programa COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos pague la tarifa de administración de la vacuna.

- Número de seguridad social
- Número de identificación estatal y estado de emisión
- Número de licencia de conducir y estado de emisión

Firma de la persona que recibirá la vacuna y EUA / VIS (o Firma del padre / tutor si el paciente es menor de 18 años)

Firma _____ Fecha _____

* * * * * **PHARMACY USE ONLY** * * * * *

Vaccine	Dose	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	<input type="checkbox"/> 1 st Dose <input type="checkbox"/> 2 nd Dose	<input type="checkbox"/> IM – L Arm <input type="checkbox"/> IM – R Arm		<input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Other _____			
COVID-19	<input type="checkbox"/> 1 st Dose <input type="checkbox"/> 2 nd Dose	<input type="checkbox"/> IM – L Arm <input type="checkbox"/> IM – R Arm		<input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Other _____			

Pharmacist Name
who reviewed this form _____

Pharmacist Signature _____

If certified vaccinator is different than the pharmacist who reviewed the form

Certified Vaccinator Name _____

Signature _____

Date	Time	Temperature