

**YOURTOWN HEALTH**  
**Formulario de consentimiento vacunal COVID-19**

<b>APPELLIDO</b>		<b>PRIMER NOMBRE</b>	(M.I.)	<b>Fecha de nacimiento</b> mes día _____ año _____	
<b>NÚMERO DE TELÉFONO</b>		<b>NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR</b>		<b>Edad</b>	<b>Género</b> Male / Female
<b>Dirección</b>			<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip</b>			
<b>RAZA:</b> BLANCO AFROAMERICANO ASIATICO MAS DE UNA RAZA				<b>ORIGEN ÉTNICO:</b> HISPANO NO HISPANO	

**Detección de la elegibilidad para la vacuna**

	Sí	No
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de vacuna COVID-19? Nombre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: Un. Componente de una vacuna COVID-19 que incluye poliethylene glicol o polisorbato. B. Una dosis anterior de la vacuna Covid-19 c. Una vacuna o terapia inyectable que contiene múltiples componentes, uno de los cuales es un componente de la vacuna COVID-19, pero no se sabe qué componente provocó la reacción inmediata.  (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o a un medicamento inyectable?  (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si alguna vez haya tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea una vacuna, esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, veneno, medicamentos ambientales u orales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez ha tenido una prueba positiva para COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19? ¿Cuándo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado causado por algo como la infección por VIH o el cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene rellenos dérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:**

He leído o me he explicado la Hoja informativa de la VACUNA COVID-19 EUA para los beneficiarios de la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Doy mi consentimiento a YourTown Health y a su personal para ser vacunados con esta vacuna COVID-19.

Firma del paciente o del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Permiso para divulgar información sobre vacunas al Registro de Inmunizaciones de Georgia. Iniciales \_\_\_\_\_

**Registro de vacunación (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO)**

Vacuna	Dosis de fecha Administrado	Brazo	Número de dosis	Vacuna Fabricante	Número de lote	Nombre y Título del Administrador de Vacunas
COVID-19		IM ____ Deltoid	Primera	Moderna		YourTown Salud
Covid-19		IM ____ Deltoid	Segundo	Moderna		YourTown Salud
Covid-19		Im ____ Deltoid	Dosis única	Janssen		YourTown Salud