

Pfizer Vacuna contra COVID-19 (12 years and over)
INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

APELLIDO		(Nombre)	Fecha de nacimiento:	Edad:
DIRECCIÓN			CORREO ELECTRÓNICO	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA	
CONTACTO PARA EMERGENCIAS: Nombre		Relación	Teléfono	
Raza: (marque solo 1) <input type="checkbox"/> Asiático o polinesio <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Indígena americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sabe		Grupo étnico: (marque solo 1) <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No sabe	Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Vaccine	State Eligible code (GIP)	Site	VIS(Mo/date/Yr)	Procedure code
Pfizer-COVID-19	COVP	IM	12/01/2020	91300

Responda a las siguientes preguntas sobre la salud de quien recibe la vacuna:	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? *Si responde sí, indique qué vacuna y la fecha en que la recibió: _____			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia) a algo, por ejemplo, una reacción que debió ser tratada con epinefrina o una EpiPen o por la cual tuvo que ir al hospital? le provocó urticaria, hinchazón, o dificultades para respirar, incluyendo sibilancias? *¿La reacción grave fue después de recibir una vacuna contra el COVID-19? * ¿La reacción grave fue después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?			
4. Marque:			
<input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico del síndrome de Guillain-Barre <input type="checkbox"/> Tuvo COVID-19 y se le trató con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente <input type="checkbox"/> Fue diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A, por sus siglas en inglés) después de una infección de COVID-19 <input type="checkbox"/> Tiene un trastorno del sangrado o toma medicamentos anticoagulantes <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de trombocitopenia inducida por heparina (HIT, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> En este momento está embarazada o amamantando <input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos			
5. Marque:			
<input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, infección de VIH, cáncer): si la respuesta es sí, indique qué condición: _____ <input type="checkbox"/> Recibe medicamentos o terapias inmunosupresoras: si la respuesta es sí, indique cuáles: _____			

Confirmando en mi nombre o en nombre del menor nombrado arriba que he recibido una copia y he leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) y he revisado la hoja informativa de la FDA para receptores y cuidadores de la FDA sobre la vacuna contra el COVID-19 que será administrada (elija una de las siguientes opciones): Pfizer (12 años o más)..... Confirmando en mi nombre, o en nombre del menor nombrado arriba, que he podido hacer preguntas que me contestaron a cabalidad. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna indicada y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada para la que estoy autorizado a hacer este pedido. **Con mi firma confirmo que al menor, o a mí, se nos recomendó quedarnos en el lugar durante 15 minutos después de recibir la vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves deben quedarse durante 30 minutos.**

_____ X _____
 Fecha Nombre en letra de imprenta Firma del paciente, padre o tutor del menor

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO)

Vaccine recipient provided:
 Pfizer (age 12 and over) <https://www.fda.gov/media/144625/download>

Metodo de Pago: No seguro El seguro esta en su nombre? _____
 Medicare (Part B) Si (Cheque Aqui) Nombre del seguro/HMO _____
 Private Insurance No (Complete Seccion)
 Medicaid/CMO

Nombre del asegurado _____ Numero Miembro _____ Numero de grupo _____

Vaccine	Dose	Route	Date Administered	Vaccine Manufacturer	Lot #	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator/Prov#
Pfizer (12 years and over)	_____ ml <input type="checkbox"/> 1 st	<input type="checkbox"/> IM - L Arm <input type="checkbox"/> IM - R Arm <input type="checkbox"/> IM - L Leg <input type="checkbox"/> IM - R Leg					
	_____ ml <input type="checkbox"/> 2 nd						
	_____ ml <input type="checkbox"/> 3 rd						
	_____ ml <input type="checkbox"/> 4 th						
	_____ ml <input type="checkbox"/> 5 th						
						Use By Date	