

## H.C.H.D. Recipient Registration and COVID-19 Vaccine Administration Form

NOMBRE LEGAL: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

Edad en años: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección De Correo Electrónico Si Tiene Uno: \_\_\_\_\_  No tengo

¿Se Ha Registrado En El Portal De Vacunas COVID-19?  Sí  No

Teléfono Del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular : \_\_\_\_\_

Dirección De Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Mejor Manera De Comunicarse Con Usted:  Texto  Correo Electrónico  Ambas  Ninguna

Marque su Raza:  Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Negro/Africano Americano  
 Hawaiano/Isleño del Pacífico  Blanco  Otro  Desconocido

Marque su Etnicidad:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Desconocido

Marque su Sexo:  Hombre  Mujer  Otro  Desconocido

Idioma Preferido:  Inglés  Vietnamita  Árabe  Francés  
 Español  Hindi  Otro  Declinar decir el idioma

Discapacidades:  Sin Discapacidad  Cáncer  Cognitiva (Psicológica o Psiquiátrica)  Neurológica  Física  
 Respiratoria  Sensorial (Visión o Audición)  Otra : \_\_\_\_\_

Certifico que soy: (a) al menos 18 años de edad (b) el padre o tutor legal del paciente menor: o (c) el tutor legal del paciente. Además, por la presente doy mi consentimiento al proveedor de atención médica autorizado que administra la vacuna, según corresponda (cada uno es un 'Proveedor aplicable'), para que comparta mi información personal, demográfica y de mi estado de salud con el fin de brindarme servicios de vacunación contra el COVID-19 vacuna.

**Firma del Destinatario Para el Permiso y la Declaración de Entendimiento:** He leído y entiendo la información que se me ha proporcionado sobre la vacuna COVID-19 y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. He contestado todas las preguntas de pre-vacunación de COVID-19 en la adjunta lista de CDC. Al firmar a continuación, doy voluntariamente mi permiso para recibir yo o el recipiente en este formulario (actuando como el responsable adulto) una vacuna para COVID-19. Entiendo que no se me exigirá ningún pago con respecto a la vacuna COVID-19.

**Aviso de Prácticas de Privacidad:** Al firmar a continuación, reconozco que:

- El Aviso de Prácticas de Privacidad para el Departamento de Salud del Condado de Harnett se ha puesto a mi disposición   
 Entiendo que puedo contactar a la persona nombrada en el aviso si tengo preguntas sobre el contenido del aviso.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Firma / Guardián

Relación

Fecha

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

**Circle Brand:** Pfizer Moderna Janssen Novavax **Circle One:** MONOVALENT BIVALENT

**Patient Dose:** 1 2 3 **BOOSTER** **Lot Number:** \_\_\_\_\_

**Injection Site:** R Deltoid / L Deltoid / L Vastus Lateralis / R Vastus Lateralis

**Dosage:** Pfizer 0.3mL / Janssen 0.5mL / Moderna 0.5mL / Novavax 0.5mL

**Pediatric Dosage:** Pediatric Pfizer 6 months - 4 years 0.2mL / Pediatric Pfizer Ages 5-11 years old 0.2mL  
 Pediatric Moderna 6 months- 5 years 0.25mL / Pediatric Moderna 6 years -11 years 0.5mL

Patient Given COVID-19 Vaccination card, COVID-19 Vaccine EUA and V-Safe Information: Yes No

**Administered by (sign & print):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Time:** \_\_\_\_\_

If using minimum interval between first and second dose, choose reason:  Moderately or Severely Immunocompromised  65 years and older  
 Fulllest protection needed to be achieved sooner (community levels/individual risk)

# Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Nombre \_\_\_\_\_

Para quienes reciban la vacuna (tanto niños como adultos):

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deba vacunarse contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no deba vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si alguna de las preguntas no es clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Qué edad tiene la persona que va a vacunarse? _____			
2. La persona que va a vacunarse, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que va a vacunarse, ¿ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? • Si la respuesta es "sí", ¿qué producto le administraron? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otro producto <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 le administraron? _____			
• ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. La persona que va a vacunarse, ¿tiene alguna afección o está recibiendo algún tratamiento que haga que tenga el sistema inmunitario moderada o gravemente debilitado? <i>Esto incluiría, entre otros, tratamiento para el cáncer, infección por el VIH, haber recibido un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o con dosis altas de corticosteroides, terapia CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas [HCT], o inmunodeficiencia primaria moderada o grave.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La persona que va a vacunarse, ¿recibió la vacuna contra el COVID-19 antes o durante las terapias de trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o CAR-T?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La persona que va a vacunarse, ¿ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
• Un componente de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La persona que va a vacunarse, ¿ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Marque todo lo que corresponda para la persona que va a vacunarse:			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de algún síndrome de origen inmunitario que se defina como trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina (HIT)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (TTS)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses			

Formulario revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Adaptado, con reconocimiento, de las listas de verificación de evaluación de la Coalición de Acción para la Vacunación (IAC)