

**Formulario de Vacunación COVID-19 - Declaración de Entendimiento, y Permiso**

**Departamento de Salud Pública del Condado Harnett**

Apellido \_\_\_\_\_ NOMBRE LEGAL primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

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

Circule su Raza: Blanco Negro Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático/Isla del Pacífico Otro

Circule su Etnicidad: Hispano No Hispano

Circule su Sexo: Mujer Hombre Rechazo a decir Otro

Condado de Residencia: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

# de Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_ # Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico si tiene uno: \_\_\_\_\_

Por favor marque con círculo todas las discapacidades que puedan afectarle: SIN DISCAPACIDAD CANCER  
COGNITIVA NEUROLOGICA FISICA RESPIRATORIA SENSORIAL

OTRA \_\_\_\_\_

**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. Entiendo que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) ha emitido una Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para permitir el uso de emergencia del producto no aprobado, para inmunización activa para prevenir COVID-19 en individuos. Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debe recibir la vacuna hoy. Por favor, responda a todas las preguntas con sinceridad.

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

- Soy el paciente o el representante personal del paciente
- 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.

1. ¿Se siente mal hoy? Sí  No

2. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de VACUNA COVID-19? Sí  No

**\*\*En caso afirmativo, indique la fecha y la marca:** \_\_\_\_\_

**3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave a cualquier componente de la vacuna Moderna COVID-19, la vacuna Pfizer COVID-19, Janssen COVID-19 vaccine, polisorbato, polietilenglicol, o vacuna/terapia inyectable conteniendo algún componente de COVID-19?** (Cada dosis de la vacuna Moderna COVID-19 contiene los siguientes ingredientes:

un contenido total de lípidos de 1,93 mg (SM-102, polietilenglicol (PEG) 2000 (encontrado en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para el procedimiento de colonoscopia), glicerol de dimyristoyl (DMG), colesterol, y 1, 2-distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine (DSPC), 0.31 mg de trometamina, 1.18 mg de clorhidrato de trometamina, 0.043 mg de ácido acético, 0.12 mg de acetato de sodio y 43,5 mg de sacarosa)

Cada dosis de la vacuna Pfizer contiene los siguientes ingredientes: ARNm, lípidos,((4-hydroxybutyl)azanediy)bis(hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldecanoate), 2 [(polyethylene glycol)-2000]-N,N-ditetradecylacetamide, 1,2-Distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine, and cholesterol), cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, fosfato de sodio dibásico dihidrato, y sacarosa.

Cada dosis de 0.5ml de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen está formulada para contener 5×10<sup>10</sup> partículas de virus (virus particles, VP) y los siguientes excipientes: monohidrato de ácido cítrico (0.14mg), dihidrato de citrato trisódico (2.02mg), etanol (2.04mg), 2-hidroxipropil-beta-ciclodextrina (HBCD) (25.50mg), polisorbato-80 (0.16mg), cloruro sódico (2.19mg). Cada dosis puede contener también cantidades residuales de proteínas de células anfitrionas (≤0.15mcg) y/o ADN de células anfitrionas (≤3ng).

- |  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
|--|-----------|-----------|
| <b>4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algo?</b> (Esto incluye reacciones alérgicas a vacunas, alimentos, mascotas, ambiental, o medicamentos) | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| <b>5. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?</b>   | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| <b>6. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?</b>   | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| <b>7. ¿Ha tenido una prueba positiva para COVID-19 o le ha dicho un médico que ha tenido COVID-19?</b>   | <b>Sí</b> | <b>No</b> |

**\*\*En caso afirmativo, cuando \_\_\_\_\_**

- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| <b>8. ¿Tiene un sistema inmune debilitado causado por algo como infección por VIH o cáncer o toma medicamentos inmunosupresores o terapias?</b> | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| <b>9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante?</b>  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| <b>10. ¿Está embarazada o amamantando?</b>  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| <b>11. ¿Tiene rellenos dérmicos?</b>  |           |           |

**Declaración de Permiso & Asignación:**

Al firmar a continuación, doy voluntariamente mi permiso para recibir una vacuna para COVID-19. Entiendo que no se me exigirá ningún pago con respecto a la vacuna COVID-19.

X \_\_\_\_\_  
Firma

X \_\_\_\_\_  
Fecha

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

**For Office Use Only: Circle one: Pfizer Moderna Janssen Circle one: First Dose / Second Dose**

COVID-19 Vaccine Lot Number: \_\_\_\_\_ Injection Site(circle one): **Right Deltoid / Left Deltoid**  
Patient Given COVID-19 Vaccination card, COVID-19 EUA and V-Safe Information: **Yes No**

Administered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ **Registered Yes No Administration Entered Yes No**