

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

Departamento de Salud Pública del Condado Harnett

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____

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

Condado de Residencia: _____

Dirección de Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

de Teléfono del Hogar _____ # Teléfono Celular _____

Seguro Médico: Nombre: _____ Número: _____ Grupo: _____

Dirección de Correo Electrónico si tiene uno: _____

¿Es un trabajador de primera línea? (p.ej. trabajador de salud, policía, procesador de alimentos, etc.)?

Sí No

Lugar de Empleo: _____ Título del Trabajo: _____

¿Vive o trabaja en un centro de cuidado a largo plazo? Sí No

¿Es parte de una nación tribal reconocida estatal o federal? Sí No Si es así, ¿qué tribu? _____

¿Cuántas condiciones que se sabe que aumentan el riesgo de enfermedad grave por COVID-19 tiene? (Las condiciones incluyen asma de moderada a grave, cáncer, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica, EPOC, fibrosis quística, enfermedades de corazón, presión arterial alta, inmunocomprometido, enfermedad del hígado, enfermedades neurológicas, sobrepeso u obesidad, obesidad grave, embarazo, fibrosis pulmonar, enfermedad de células falciformes, fumar, talasemia, diabetes)

****Por favor, circule una de las siguientes opciones: Ninguno Uno Dos o más**

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, Moderna COVID-19 Vaccine, para inmunización activa para prevenir COVID-19 en individuos de 18 años de edad y mayores. 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 o polisorbato? (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) Sí No

4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algo? Sí No

5. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19? Sí No

6. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días? Sí No

7. ¿Ha tenido una prueba positiva para COVID-19? Sí No

****En caso afirmativo, cuando** _____

8. ¿Tiene un sistema inmune debilitado causado por algo como infección por VIH o cáncer o toma medicamentos inmunosupresores o terapias? Sí No

9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante? Sí No

10. ¿Está embarazada o amamantando? Sí No

Declaración de Permiso & Asignación:

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

X _____ X _____
Firma Fecha

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

For Office Use Only:

CPT 91301

Moderna COVID-19 Vaccine Lot Number: _____ Circle one:

Injection Site: Right Deltoid / Left Deltoid

First Dose 0011A	Second Dose 0012A
---------------------	----------------------

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

Administered by: _____ Date: _____ Time: _____

Printed Name: _____

Registered Yes No Administration Entered Yes No