

# 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 Electronico Si Tiene Uno: \_\_\_\_\_  No tengo

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

Telefono Del Hogar: \_\_\_\_\_ Telefono Celular : \_\_\_\_\_

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

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

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

Marque su Raza:  Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Negro  
 Isla Del Pacifico  Blanco  Otro  Desconocido

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

Marque su Sexo:  Hombre  Mujer  Otro  Desconocido

Idioma Preferido:  Ingles  Vietnamita  Arabica  Frances  
 Espanol  Hindi  Otra  Declinar El Estado

Discapacidades:  Sin Discapacidad  Cancer  Cognitiva  Neurologia  Fisicia  Respiratoria  
 Sensorial (Vision o Auducion)  Otro : \_\_\_\_\_

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.

**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:

- 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.

**Por favor conteste las siguientes preguntas:**

1. ¿Se siente enfermo 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: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Numero de dosis \_\_\_\_\_

\*\*\*¿Trajo su cartilla de vacuna u otro documento? \_\_\_\_\_

3. Ha tenido alguna vez una reacción alérgica severa a: (esto incluye una reacción alérgica grave [p.ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que le causara ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias). **A un componente de una vacuna contra el COVID-19, incluyendo cualquiera de los siguientes:**

- Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia.
- Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos.
- Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 Sí                      No

**4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?** (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).

Sí                      No

**5. Marque todo lo que se aplique a usted:**

- Soy una mujer entre 18 y 49 años de edad
- Soy hombre entre las edades de 12 a 29
- Tengo historial de miocarditis o pericarditis
- He tenido una reacción alérgica grave a algo que no sea una vacuna o terapia inyectable como alimentos, mascotas, veneno, alergias ambientales o medicamentos orales
- He tenido COVID-19 y tuvo tratamiento con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente
- He sido diagnosticado con Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM-C o SIM-A) después de tener la infección de COVID-19
- Tengo el sistema inmunitario débil (p.ej., infección de VIH, cáncer)
- Tomo medicamentos o terapias inmunosupresoras
- Tengo un trastorno hemorrágico
- Tomo anticoagulante
- Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)
- Estoy embarazada o amamantando
- Tengo materiales de relleno dérmico
- Tengo historial de síndrome Guillain-Barré

**SI HOY VA A RECIBIR LA TERCERA DOSIS O BOOSTER, POR FAVOR MARQUE LO QUE ES APLICABLE A USTED:**

- Inmunodeficiencia moderada/grave** (incluye: 12 años y mayores recibiendo activamente tratamiento de cáncer, historial de trasplante de órgano, trasplante de células madres, síndromes de inmunodeficiencia primaria, VIH avanzado o tomando medicamentos que inhiben su respuesta inmunológica).
- 65 años o mayores.**
- 18 años o mayores y trabaja/reside en un centro de atención a largo plazo.**
- 18 años o mayores y tiene exposición ocupacional/institucional a COVID-19.**
- 18 años o mayores y tiene una condición médica subyacente que causa alto riesgo de COVID-19.**

Declaración de Permiso & Asignación: 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. He recibido una Autorización de Uso de Emergencia (AUE) de la vacuna COVID-19 marcada abajo y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que no se me exigirá ningún pago con respecto a la vacuna COVID-19.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 Firma / Guardián                      Relación                      Fecha

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

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

COVID-19 Vaccine Lot Number: \_\_\_\_\_ Injection Site(circle one): Right Deltoid / Left Deltoid

Dosage: **Pfizer 0.3mL / Janssen 0.5mL / Moderna 0.5mL or 0.25mL**

**Pediatric Pfizer Ages 5-11 years old 0.2mL**

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