

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 lea y conteste todas las 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: _____

***¿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).*

- 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

- (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-diy)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 5x10¹⁰ 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).

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

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

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