



# Registro de Administración de Vacunas y Evaluación

La información recopilada en este formulario se utilizará para documentar la autorización para la recepción de vacunas. La información se compartirá a través del Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de atención médica directamente involucrados con el paciente para asegurar que se complete el programa de vacunación. La información recopilada en este formulario es voluntaria y confidencial. **Por favor escriba nombre.**

Cliente: Apellido:                 Nombre:                 Inicial:

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: mes: \_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  Otro

Dirrección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Medicare/Medicaid Número \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano  No Hispano Raza:  Negro/Afroamericano  Indio Americano  Asiático  Blanco  Otra Raza

Preguntas para la persona recibiendo la vacuna	Sí	No
1. ¿Está usted enfermo/a hoy? (fiebre, tos, dificultad para respirar, nausea/vomito en las ultimas 24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se encuentra actualmente aislado por COVID-19 o ha estado en contacto cercano con alguien que dio positivo a COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. ¿Ha tenido alguna vez una reacción anafiláctica? 3b. ¿Alguna vez ha tenido una reacción anafiláctica a un componente de la vacuna COVID-19, otra vacuna, o una terapia inyectable (por ejemplo, intramuscular, intravenosa o subcutánea)? Enumere:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos o plasma de convalecencia para el tratamiento de COVID en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿ Está usted moderada o severamente inmunodeprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, información sobre las enfermedades y la vacuna a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas para mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de recibir una vacuna aprobada bajo una Autorización de Uso de Emergencia de la FDA. Doy mi consentimiento para recibir la vacuna en un lugar público. Me han informado sobre el tiempo apropiado en el que se espera que me monitoreen para detectar reacciones posteriores a la vacunación en función de mis factores de riesgo. **Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que me administren la vacuna, o en el caso de que sea un tutor, a mi hijo/a.**

Firma de Consentimiento: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo  Dosis 1  Dosis 2 o  Dosis 3?

For Vaccinator			
Vaccine	Site	Trade name/Manufacturer Lot Number	Expiration Date
COVID-19	RD LD		
Signature and Title – Person Administering Vaccine: _____			Date: _____