



Fecha: _____

Alergias: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento _____ Correo Electrónico: _____

No tengo correo electrónico/ No quiero dar esta información

¿Cual es el nombre del establecimiento/ lugar de trabajo o condado a donde reside?

Por favor seleccione su industria de trabajo (Por favor marque sólo una)

Trabajadores Esenciales de Primera línea

- Sitios comerciales para Mercancías Esenciales
- Manufactura Crítica
- Educación
- Comida y Agricultura
- Servicios Comunitarios y de Gobierno
- Cuidados de Salud
- Salud Pública
- Seguridad Pública
- Transporte

Otros trabajadores Esenciales (No en primera línea)

- Sitios Comerciales (e.j., trabajadores de tiendas minoristas o de hotelería)
- Base Industrial de Defensa
- Energía
- Finanzas
- Productos y Services de Higiene
- Industrias que procesan químicos o Materiales peligrosos
- Comunicaciones y Tecnología
- Obras Públicas y Servicios de Apoyo de Infraestructura
- Sitios Residenciales, de Vivienda, y de Bienes Raíces
- Agua y de Servicios Residuales

Otras Industrias

- Otra / No Aplica

Por favor escriba su dirección: Calle _____

Ciudad _____ Condado _____

Código Postal _____ Estado _____

Teléfono de Casa _____ Número de celular _____

Método de Contacto Preferido

- Correo Electrónico
- Texto
- Ambos
- Ninguno

Sexo:

- Masculino
- Femenino
- Otro
- No sabe

Etnicidad:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Raza

- Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Afro-Americano o Negro
- Blanco
- Nativo Hawaiiano u otro Isleño del Pacífico
- Otro

¿ Es usted miembro o pertenece a una tribu indígena reconocida estatalmente o federalmente ?

- SI
- NO

Si contestó Sí, escriba el nombre de su comunidad _____

¿Se identifica con alguno de los siguientes?

- Trabajador Esencial de Primera Línea (trabaja en persona)
- Otro tipo de Trabajador Esencial (no de primera línea)
- Trabajador de Salud de pacientes de cuidado prolongado o de estadía prolongada**

- Residente de clínica u hogar de cuidado prolongado
- Residente de Congregación/ Casa Grupal
- Estudiante
- Ninguna de las anteriores

*Personal de primera respuesta se define como (ej. bomberos, paramédicos, policías, oficiales), oficiales de correccionales, trabajadores de alimentos y agricultura, trabajadores de servicio postal de EU, trabajadores de manufactura, trabajadores de supermercados, trabajadores del servicio de transporte público, trabajadores del sector de educación (maestros, personal de apoyo), trabajadores del cuidado infantil

Información Médica- Revise la siguiente lista de condiciones que pueden incrementar la severidad de la enfermedad del COVID-19

- | | | |
|---|--|--|
| • Asma | • Diabetes Tipo 2 | • Fibrosis Pulmonar (con tejido pulmonar dañado o cicatrizado) |
| • Cáncer | • Immunocomprometido por trasplante de órgano sólido | • Enfermedad de células falsiformes |
| • Enfermedad cerebrovascular | • Immunocomprometido (Sistema immune débil) | • Fumador/ra |
| • Enfermedad Crónica Obstructiva Pulmonar | • Enfermedad del Hígado | • Talasemia (Desorden de la sangre) |
| • Enfermedad Crónica de Riñon | • Condiciones Neurológicas como Demencia | • Sobrepeso (MIC >25, pero <30) |
| • Fibrosis Quística | • Obesidad | • Alergias |
| • Hipertención o Presión Alterial Alta | • Embarazo | • trastorno sanguíneo / anticoagulante |
| • Diabetes Mellitus Tipo 1 | | |

¿Cuántas de las condiciones de esta lista tiene? ___ Ninguna ___ Una ___ 2 o más

CONSENTIMIENTO

Cerifico que: (a) al menos tengo 18 años de edad (b) soy el padre o guardián del menor de edad; o (c) soy el guardián legal del paciente. Además, yo autorizo mi consentimiento al proveedor de salud licenciado para administrar la vacuna y como sea aplicable (para cada proveedor) compartir mi información personal, datos demográficos, información sobre mis condiciones de salud en orden de proveerme los servicios de vacunación con la aplicación de la vacuna contra el COVID-19. Entiendo que los datos de salud en este cuestionario serán utilizados para determinar mi elegibilidad para recibir la vacuna contra el COVID-19 y además ayudará a determinar cuando la vacuna estará disponible para mí. **FIRMA** _____

Declaracion de divulgación: Reacciones alérgicas que pongan en peligro la vida son muy raras. Señales de reacción alérgica incluyen: Dificultad para respirar o falta de aire, ronquera o silbido al respirar, urticaria, palidez, debilidad, ritmo cardíaco elevado, o mareo severo. Estos síntomas pueden ocurrir minutos después de recibir la vacuna o hasta 48 horas después. Si la persona vacunada presenta alguno de estos síntomas, se le ha instruído que contacte a su doctor de cabecera inmediatamente.

_____ **Consentimiento verbal:** El destinatario o tutor legal ha recibido los beneficios y las posibles reacciones adversas, y proporciona su consentimiento para recibir la vacuna.

FOR OFFICE USE ONLY:

Administration Date: _____ **Administration Time:** _____ **___AM___ PM**

Vaccination site: _____ **Vaccination Route:** _____ **First Dose:** _____ **Manufacturer** _____
 ___ Left Deltoid ___ Intramuscular **Lot #** _____
 ___ Right Deltoid

Administered By: _____ **Allergies—-30 minutes**
 Signature and credentials

Print name _____