



Vacuna COVID-19  
Dosis #2

Fecha: \_\_\_\_\_

Alergias : \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

No tengo correo electrónico/ No quiero dar esta información

REVISIÓN PRE-VACUNACIÓN	Si o No
¿Cuál vacuna contra el COVID-19 le dieron en la primera dosis de la vacuna? MODERNA _____ PFIZER _____ No lo sé _____	
¿Se siente enfermo(a) hoy?	
DESDE QUE RECIBIÓ LA PRIMERA DOSIS DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19, HA TENIDO ALGUNA ALERGIA A: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un componente de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo Glicol de Polietileno (PEG) que se encuentra en algunas medicinas, como laxantes y preparaciones para el procedimiento de colonoscopías.</li> <li>• Polisorbato</li> <li>• A su 1ra dosis de la vacuna contra el COVID-19</li> </ul>	
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguna vacuna (diferente a la vacuna contra el COVID-19) o a alguna medicina inyectable?	
¿Tiene un historial de sufrir de alergias? Si contesta si, por favor enumere:	
¿Tiene un desorden del sangrado o está tomando diluyentes de la sangre? ¿Ha hablado con su doctor acerca de recibir esta vacuna?	
¿Está embarazada?	
¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?	

**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 \_\_\_\_

**Vaccine Dose** \_\_\_\_ 2nd dose

**Vaccine Administration Site:**

\_\_\_\_ Left Deltoid

\_\_\_\_ Right Deltoid

**Vaccine Route of Administration:**

---Intramuscular

**Administered By:**

\_\_\_\_\_  
Signature and credentials

Print name \_\_\_\_\_

**ALLERGIES– 30 minutes**