

# Salud Pública del Condado de El Dorado

## Registro y Consentimiento para la Vacuna del COVID-19

Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE Mes/Día/Año

Sexo:  Masculino  Femenino  
 Desconocido  Prefiero no responder

¿Cuál es su seguro médico? \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

Domicilio donde recibe correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de su mamá \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### PREGUNTAS DE EVALUACION ANTES DE RECIBIR LA VACUNA

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Se siente enfermo(a) el día de hoy?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si, sí ¿Cuál? ___Pfizer ___Moderna ___Otro Producto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica severa (anafilaxia), que haya tenido que usar el auto-inyector de epinefrina o haya sido hospitalizado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Si, sí. ¿Tuvo reacción alérgica severa después de recibir una vacuna contra el COVID-19?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si, sí ¿la alergia fue debido al recibir otro tipo de vacuna o medicina inyectada?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Ha salido positivo a algún examen del COVID-19 o un doctor lo ha diagnosticado con COVID-19?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Si, sí. ¿Ha recibido terapia de inmunidad pasiva (anticuerpo monoclonal o suero inmunológico) como tratamiento para el COVID-19?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Ha recibido otro tipo de vacuna en los últimos 14 días?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Tiene el Sistema inmunitario débil, causado por una infección de VIH o cáncer, o toma medicamentos inmunosupresores o recibe terapia para el sistema inmunosupresor?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Padece de desórdenes sanguíneos o está tomando medicamento para adelgazar la sangre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Está embarazada o lactando?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Si está embarazada o lactando le informamos que no existen datos que muestren los riesgos que se corren durante el embarazo o para el bebé después de recibir la vacuna para el COVID-19 y sería mejor obtener la información de los riesgos por parte de su doctor y da por aceptada esta información.

He recibido la hoja de Autorización de Uso de Emergencia (EUA) "Información para los Receptores de la Vacuna." Tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi entera satisfacción. Creo entender los beneficios y riesgos de la vacuna. Doy por entendido que puedo hablar al Departamento de Salud Pública del Condado de El Dorado si tengo preguntas sobre la vacuna que recibí.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de la Enfermera(o) \_\_\_\_\_

**SECCION PARA EL PERSONAL DE SALUD PÚBLICA ÚNICAMENTE**

**PATAGONIA OR CAIR #** \_\_\_\_\_

Date	Circle Site/ Route	Lot # / Expiration Date	Vaccine Description, Manuf. & Licensure	CVX Code	CPT Code
	RD/IM LD/IM		<b>Moderna</b> COVID-19 Vaccine	N/A	N/A
	RD/IM LD/IM		<b>Pfizer-BioNTech</b> COVID-19 Vaccine	N/A	N/A
	RD/IM LD/IM				
<b>Administered by: Name and Title</b>			<b>Clinic Location:</b>		
			<b>Comments:</b>		

EL DORADO COUNTY

HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY