



DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:  
(nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

## VACUNA CONTRA COVID-19

FECHA	INSTALACION	UNIDAD (opcional)

### Instructions: To be completed for each dose administered

Section 1: History / Historia clínica	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p><b>A.</b> ¿Ha recibido previamente una dosis de la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, complete esta sección.</p> <p>1) Marque la marca apropiada y escriba la fecha de la última dosis.</p> <p><input type="checkbox"/> Janssen (Johnson &amp; Johnson)    <input type="checkbox"/> Moderna    <input type="checkbox"/> Pfizer</p> <p>Fecha de la última dosis: _____</p> <p>2) ¿Ha tenido una reacción alérgica grave? ..... <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí*</p> <p>3) ¿Tuvo alguna otra reacción adversa? ..... <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí*</p> <p>4) ¿Necesitó que lo viera un proveedor por dolor en el pecho, falta de aire o palpitaciones, o le dieron un nuevo diagnóstico médico? ..... <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Sí*</p>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí *	<p><b>B.</b> ¿Ha tenido alguna vez una reacción adversa grave a alguna vacuna o terapias inyectables o a algún componente de la vacuna, como el polietilenglicol o el polisorbato?</p>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí **	<p><b>C.</b> ¿Tiene actualmente fiebre o una enfermedad respiratoria?</p>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí **	<p><b>D.</b> ¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?</p>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí **	<p><b>E.</b> ¿Ha tenido alguna vez miocarditis o pericarditis?</p>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí **	<p><b>F.</b> ¿Ha tenido alguna vez síndrome inflamatorio multisistémico por infección de COVID-19?</p>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ***	<p><b>G.</b> ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT)?</p>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ***	<p><b>H.</b> ¿Tiene actualmente un trastorno de la coagulación, un trastorno hemorrágico o un recuento bajo de plaquetas?</p>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ****	<p><b>I.</b> ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado por una enfermedad como el cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?</p>
<p>* <b>If patient answered "Sí" to any of these questions, STOP and review the triage document and refer to practitioner for answers in triage document yellow column.</b></p> <p>** <b>If patient answered "Sí" to any of these questions, STOP and consult with on-site practitioner. Vaccinate or create a follow-up encounter based on practitioner recommendation.</b></p> <p>*** <b>If patient answered "Sí" to this question, assist in and verify bleeding control prior to end of appointment.</b></p> <p>**** <b>If patient answered "Sí" to this question, review the Information Sheet for Immunocompromised Patients Considering COVID-19 Vaccination with the patient in order to provide informed consent.</b></p>	

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.  
*Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.*

Distribution: **ORIGINAL** - Health Record    **COPY** - Scanned to DOC HS COVID Vaccine



DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:  
(nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

## VACUNA CONTRA COVID-19

FECHA	INSTALACION	UNIDAD (opcional)

### Section 2: Education / Educación

- Patient read Emergency Use Authorization Fact sheet for recipients (EUA) / *El paciente leyó la Hoja de datos de autorización de uso en emergencias para los receptores (EUA) por sus siglas en inglés.*
- Risks/benefits of recommended intervention explained; patient consents / *Explicación de los riesgos/beneficios de la intervención recomendada; consentimiento del paciente*

\_\_\_\_\_ Employee giving vaccination initial that education was given      EUA Version:

### Section 3: CONSENT / REFUSAL

He leído, o me han explicado, la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19.

- Doy mi consentimiento y pido que la vacuna se me administre la vacuna. **ME HAN ACONSEJADO QUE ESPERE 15-30 MINUTOS DE OBSERVACIÓN DESPUÉS DE RECIBIR LA VACUNA ANTES DE SALIR.**
- Me niego a aceptar la vacuna recomendada** que se me ofrece en este momento. Entiendo los riesgos de esta decisión.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre impreso y firma del tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

### Section 4: Vaccination / Vacuna

- 0.5 ml **Janssen** (Johnson & Johnson) vaccine given intramuscularly.
- 0.5 ml **Moderna** vaccine given intramuscularly.
- 0.5 ml **Moderna Bivalent Booster** vaccine given intramuscularly.
- 0.3 ml **Pfizer-BioNTech** vaccine given intramuscularly.
- 0.3 ml **Pfizer-BioNTech Bivalent Booster** vaccine given intramuscularly.

**Lot number:**

**Expiration/Beyond Use date:**

**Deltoid (circle one):**

L

R

**Dose Number (circle one):**

1

2

3

Booster

**Date vaccine given:**

### Section 6. Observation / Observación

\_\_\_\_\_ **Employee giving vaccination initials: Patient was observed for 15 minutes after receiving vaccine dose.**

\_\_\_\_\_

Print/stamp name of employee giving vaccination

\_\_\_\_\_

Signature of employee giving vaccination

\_\_\_\_\_

Job Title of employee giving vaccination

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.  
*Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.*