



Formulario de consentimiento vacunal COVID-19

Sección 1: Información sobre la persona a recibir la vacuna (por favor imprima)

NOMBRE DEL CLIENTE (Apellidos)		Nombre		Inicial media		Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa		Edad	
Direccion		Ciudad		Estado	Zip	Número de teléfono		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza: Nativo indio americano de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				Origen étnico Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/>					
Dirección de correo electrónico del cliente			Nombre autorizado del cliente POA/Tutor Legal			Número de teléfono de POA/Tutor Legal			

Sección 2: Detección de elegibilidad para vacunas

1- ¿Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a una dosis anterior de la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
2- ¿Antecedentes de reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a un componente de la vacuna COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
3- Antecedentes de reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a cualquier otra vacuna o terapia inyectable (por ejemplo, intramuscular (en el músculo), ¿intravenosa (en la vena) o subcutánea (debajo de la piel))?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
4- Actualmente enfermo debido a COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
5- ¿Recibió anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente como parte del tratamiento con COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
6- Expuesto a otra persona con enfermedad conocida covid-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
7- ¿Alguna vez ha recibido una dosis de vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿cuál de las siguientes vacunas o dosis se proporcionó? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Astra Zeneca <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
8- ¿Estás embarazada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplicable
9- ¿Te han diagnosticado síndrome inflamatorio multisiente en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido

Sección 3: Consentimiento

- Reconozco que he leído o me han explicado la Hoja informativa de autorización de uso de emergencia para la siguiente vacuna COVID-19: MODERNA, PFIZER, o JANSSEN. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción, y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 como se describe. Solicito que me administre la vacuna COVID-19 a mí o a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.
- La información recopilada en este formulario se utilizará para documentar que ha recibido vacunas. La información de inmunización puede ser compartida a través de la Conexión de Información de Inmunización de Minnesota (MIIC) con otros proveedores de atención médica, escuelas, departamentos de salud y otros autorizados bajo la ley para recibirla. Si tiene alguna pregunta, por favor pregúntele a su proveedor de atención médica. Si tiene preguntas sobre el MIIC, refiera al MIIC y al público (www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/public.html) o llame al 1-800-657-3970.

Firma propia/Firma del Tutor Legal

Firma Vacunador Título

OFFICE USE ONLY-USO PARA LA OFICINA SOLAMENTE

Date dose #1 Given Month _____ Day _____ Year _____
 Date dose #2 Given Month _____ Day _____ Year _____
 Date dose #3 Given Month _____ Day _____ Year _____
 Date Booster Given Month _____ Day _____ Year _____

Vaccine Type	COVID - 19
Manufacturer	
Lot Number	
Site	IM - LD IM - RD