

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Apt # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____ Teléfono móvil: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Sexo: Masculino Femenino Etnicidad: Hispano o latino Si No

Raza: Blanco Negro/Africano americano Asiático Indio americano/Nativo de Alaska

Nativo de Hawái/Isleño pacifico Desconocido

(circule)

1. ¿Es menor de 18 años? Si No
2. ¿Tiene una enfermedad moderada a grave y/o fiebre? Si No
3. ¿Ya recibió una dosis de la vacuna COVID?
3a. ___Pfizer ___Moderna ___Johnson & Johnson Fecha de recepción: _____ Si No
4. ¿Ha tenido una reacción alérgica severa (ejemplo: anafilaxia) a cualquier componente de las vacunas COVID-19 de Pfizer-BioNtech, Moderna o Janssen (Johnson & Johnson)? Si No
5. ¿Ha recibido terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente) como parte de un tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días? Si No
6. ¿Está embarazada? Si No
7. ¿Está amamantando? Si No

Al firmar a continuación:

- Mi firma le autoriza a JCDHE a compartir mi historial de vacunación con el Registro de Inmunizaciones del estado de Kansas.
- Reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Información del Departamento efectivo 05/06/19 y la Hoja de Datos de Autorización de Uso de Emergencia. He leído, se me ha explicado y tuve la oportunidad para hacer preguntas sobre la información.

_____/_____/_____
Firma del paciente/Representate del paciente Fecha Relación con el paciente

Niños de 15 años y menores deben ser acompañados por un adulto. Un padre/tutor es preferible, sin embargo el padre/tutor puede designar a un adulto para que este presente en el momento de la vacunación si el padre/tutor no está disponible.

Nombre del adulto presente durante el momento de la vacunación Relación al niño

Firma del adulto presente durante el momento de la vacunación

Para uso interno solamente:

Manufacturer: _____

Lot Number: _____

Left Delt

Right Delt

Expiration Date: _____

Signature of Vaccine Administrator

Provider #

_____/_____/_____
Date