



CUESTIONARIO Y FORMULARIO DE REGISTRO PARA LA VACUNA DE COVID-19



FECHA:

VDH Client ID#

Apellido del cliente:		Primer nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento: ____/____/____
Dirección: (No es un apartado de correos)	Calle: _____			
	Ciudad: _____		Estado: _____	Código Postal: _____
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza:	<input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> No se indica		Hispano/a Latino/a: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Número de teléfono de casa:	Número de teléfono celular:	Dirección de correo electrónico:		

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de información o recordatorios de la vacunación en **Texto** **Correo electrónico**
Tipo de seguro: **Seguro privado** **Medicaid/Asistencia médica** **Medicare** **Sin seguro**

Por la presente autorizo la administración de la vacuna COVID-19 a mí mismo o a la persona nombrada a continuación para quien soy el representante legal. He leído o me han explicado la Declaración de Información sobre la vacuna 2020-21 o la hoja de Autorización de uso de Emergencia de la vacuna COVID-19 y comprenda los riesgos y beneficios. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta inmunización. Creo que los beneficios superan los riesgos, y acepto toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar de la recepción de la inmunización o la recepción de la inmunización por parte de la persona nombrada a continuación para quien soy el representante legal. Acepto que el registro de inmunización puede ser compartido como se indica en el Aviso de las Prácticas de Privacidad, que incluye compartir con los proveedores de atención médica y para apoyar la solicitud de pago por Medicare, Medicaid y otros pagadores. Solicito al pagador que pague cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre. El Aviso de Consentimiento Aprobado para enfermedades transmitidas por la sangre me ha sido explicado y lo entiendo.

AVISO DE CONSENTIMIENTO APROBADO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

VDH tiene la obligación según § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), según lo enmendado, de darle el siguiente aviso: 1. Si cualquier empleado, trabajador o profesional de asistencia médica de VDH se expondría directamente a su sangre o a fluidos corporales de una manera que pudiera transmitir enfermedades, su sangre será examinada para detectar si existe infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria le dirá el resultado de la prueba. Según el Código de Virginia § 32.1-45.1(A), se considera que usted ha dado consentimiento a la divulgación de los resultados de la prueba a la persona expuesta 2. Si usted sería expuesto directamente a sangre o a fluidos corporales de un empleado, trabajador o profesional de asistencia médica de VDH de una manera que pudiera transmitir enfermedades, la sangre de esa persona será examinada para detectar si existe infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria le dirá a usted y a esa persona el resultado de la prueba.

RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido el Notificación de las Practicas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

USO SOLO PARA LA OFICINA

Vaccine	Lot Number	Route	Administration Site	Provider/#
COVID-19 Vaccine Moderna (0.5 mL)		IM	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	
Admin (circle one) Moderna 1 st dose 2 nd dose				
COVID-19 Vaccine Pfizer (0.3 mL)		IM	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	
Admin (circle one) Pfizer 1 st dose 2 nd dose				
COVID-19 Vaccine Janssen (0.5 mL) single dose		IM	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	

Paciente, Padre/tutor legal o Persona que Actúa en Loco Parentis - Nombre en letra de molde Firma Fecha

Provider Printed Name

Signature

Date

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Nombre del paciente _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy.

Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse. Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Edad _____

Sí No No sé

1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro producto _____ 			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas y esteroides intravenosos. Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 Una vacuna o terapia inyectable que contiene múltiples componentes, uno de los cuales es un componente de la vacuna COVID-19, pero no se sabe qué componente provocó la reacción inmediata. 			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, al polisorbato, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o usa medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			
12. ¿Tiene rellenos dermatológicos?			

Formulario revisado por _____

Fecha _____