



Formulario de Consentimiento/Documento de la vacuna COVID-19

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Apellido: _____ Primer Nombre Legal: _____ Inicial del nombre segundo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

=====
Sexo: Masculino Femenino **Estado Civil:** Soltero Casado

Raza: Caucásico Asiático Negro Indio Americano Nativo de Hawái/Islas Pacificas Otro

Etnicidad: Hispano No Hispano

Cuestionario Para la Vacuna

Cuestionario de COVID-19

- ¿En las últimas dos semanas, dio positivo en la prueba de COVID-19 o está usted Actualmente siendo monitoreado por COVID-19? Sí No
- ¿En la últimas dos semana ha tenido contacto con alguien que haya dado positivo Para el COVID-19? Sí No
- ¿Tiene usted actualmente o ha tenido en las últimas dos semana fiebre, escalofríos , tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o del cuerpo, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto o olfato, dolor de garganta náuseas, vomitos o diarrea? Sí No

Cuestionario para la vacuna

- ¿Está usted enfermo hoy(resfriado, fiebre, enfermedad aguda)? Sí No
- ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, vacunas o latex? Sí No
- ¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? Sí No
- ¿ Ha tenido alguna vez el syndroma de Guillain-Barré? Sí No
- ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en el Próximo mes? Sí No
- ¿Está amamantando actualmente? Sí No
- ¿Tiene un trastorno de la coagulación de la sangre o actualmente está tomando Anticoagulante? Sí No
- ¿Tiene un problema de salud a largo plazo, como enfermedad cardíaca, Enfermedad pulmonar, enfermedad hepatica, asma, enfermedad renal, Enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o otra enfermedad de la sangre? Sí No

9. ¿Tiene usted cancer, leukemia, VIH/SIDA, artritis reumatoide, anquilosante Espondilitis, enfermedad de Crohn o otra condición que le dificulta combatir Infecciones? Sí No
10. ¿Tiene un Sistema inmunológico debilitado o en los últimos 3 meses, ha tomado ,medicamentos que lo debilitan, como cortisona, otros esteroides, anti medicamentos Contra el cancer o tratamientos de radiación? Sí No
11. ¿Durante el ultimo año, ha recibido una transfusion de sangre o productos sanguineos O se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? Sí No
12. ¿En las últimas 4 semanas, ha recibido alguna vacuna o una prueba de tuberculosis? Sí No

Me han ofrecido una copia de la Autorización de uso de emergencia (EUA) de COVID-19. He leído, me han explicado y entiendo la información del EUA. Pido que me administren la vacuna. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de vacunación en el Sistema de Información de Inmunización de Kansas (KSWebIZ).

Firma del Cliente

Fecha

Impreso del Nombre del Cliente

Fecha de Nacimiento