

RFHN Registro de Vacunación COVID-19

(affix label here)

Complete esta sección			
Fecha de hoy:	Nombre (letra de molde) *:	Apellido (letra de molde) *:	Género (seleccione uno) *:
Fecha de nacimiento*:			<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Rehusó declarar <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro
Apellido de soltera de la madre (para el registro CAIR):	Raza*:		Dirección postal:
Etnicidad*: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano o latino <input type="checkbox"/> Desconocido/No Reportado	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido/No Informado		Condado de residencia:
			Teléfono:
	Dosis de vacuna: <input type="checkbox"/> Segunda dosis <input type="checkbox"/> Primera dosis		Si es la segunda dosis, ponga la fecha y el lugar donde recibió la primera dosis:
¿Ha completado la Lista de Verificación para Vacunas COVID-19 (ver el otro lado de esta página)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Ha recibido la Hoja Informativa de la Autorización de Uso de Emergencia COVID-19 (EUA) o Declaración de Información Sobre Vacunas (VIS)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Contacto de emergencia:	Nombre completo:	Relación:	Teléfono:

* Información requerida por CDC

He leído o me han explicado la "Hoja Informativa de la Autorización de Uso de Emergencia COVID-19 (EUA)". 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 y solicito que se me dé a mí o a la persona para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Firma del paciente

Fecha

TO BE COMPLETED BY INDIVIDUAL ADMINISTERING VACCINE		
Date COVID-19 vaccine administered:	Facility/Location:	
COVID-19 Vaccine Screening Questionnaire reviewed and vaccination administration deemed appropriate: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Precaution identified and vaccination in an alternate setting needed		
COVID dose: <input type="checkbox"/> 1 st dose <input type="checkbox"/> 2 nd dose If 2 nd dose, manufacturer of 1 st dose:		
COVID-19 Vaccine Manufacturer: <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)	CVX: NDC: Lot Number: Expiration:	Injection volume: <input type="checkbox"/> 0.3mL <input type="checkbox"/> 0.5mL Vial number:
Immunization site: <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Right Thigh <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Left Thigh	Vaccine Information Statement (VIS) or Emergency Use Authorization (EUA) Fact Sheet date:	Administration time:
Was today's vaccination administration successful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, is it possible to reattempt administration? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Was any vaccine wasted during administration? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If vaccine wasted select reason: <input type="checkbox"/> Broken Vial/Syringe <input type="checkbox"/> Vaccine drawn but not administered <input type="checkbox"/> Non-vaccine product (e.g. IG, HBIG, Dil) <input type="checkbox"/> Open vial but all doses not administered <input type="checkbox"/> Lost or unaccounted for vaccine <input type="checkbox"/> Other:
If vaccination was unsuccessful select reason: <input type="checkbox"/> Sick or fever <input type="checkbox"/> Inventory Shortage <input type="checkbox"/> No longer interested <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Staffing <input type="checkbox"/> Contraindication identified		
<input type="checkbox"/> COVID vaccine documentation completed in CAIR by (staff member signature):		

Signature and Title of Vaccinator

Date

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



Para quienes reciban la vacuna:

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.

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____

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.

Si No No sé

	Si	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo(a) 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"/> Janssen (Johnson & Johnson) <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 una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> 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, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos. Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 Una vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál 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, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, 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 toma medicamentos o terapias inmunosupresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			
12. ¿Tiene materiales de relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>)?			

Form reviewed by _____

Date _____