For Office Use Only:
- ☐ IRIS
- ☐ Pioneer
- ☐ NextGen

AllCare
HEALTH CENTER

Registro de administración de la vacuna COVID-19

Información del destinatario de la vacuna

Nombre del Recipiente:_____
Último Primero MI

Dirección: _____
calle Ciudad Expresar Postal Código

Fecha de nacimiento:_____Edad:_____Género: _____ Masculino ____Femenino

Número de teléfono:_____Raza/Etnicidad: _____

Apellido de soltera de la madre: _____

Proveedor de atención médica primaria: _____

Detección de elegibilidad para vacunas

¿La persona mencionada anteriormente recibió anteriormente la vacuna COVID-19? sí No

En caso afirmativo, indique la vacuna COVID-19 que recibió anteriormente:

Marca de vacuna administrada: __Pfizer, __ Moderna, __Astra Zeneca, __Johnson y Johnson

Fecha de la primera dosis administrada: mes _____Día_____Año_____

Fecha de la segunda administración: mes _____Día_____Año_____

Seguro

Proporcione información sobre el seguro médico y de farmacia del destinatario de la vacuna.

Nombre del seguro:_____ Identificación de miembro:_____

RX BIN: _____ RX PCN: _____ Grupo de farmacia: _____

Identificación B de Medicare: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre del titular de la tarjeta:_____Relación con el destinatario de la vacuna:_____

Consentimiento

He leído o me han explicado la información proporcionada en la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) o en la Declaración de información sobre la vacuna sobre la vacuna COVID-19. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y pido que me administren la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Firma:_____ Fecha: _____

Healthcare Provider Use Only

Date Vaccine Administered:_____ Injection Site (Deltoid): ☐ Left ☐ Right

Manufacturer:_____ Lot Number:_____Exp: _____

Administered by Print:_____ Signature:_____

☐ COVID-19 Vaccine EUA FACT SHEET or VIS for Recipient provided; Date of VIS:_____

☐ COVID-19 Pre-Vaccination Form (screening form) completed for the vaccine provided

Last Updated 12/17/2021

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

Nombre

Para quienes reciban la vacuna (tanto niños como adultos):

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deba vacunarse contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no deba vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si alguna de las preguntas no es clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Qué edad tiene la persona que va a vacunarse?			
2. La persona que va a vacunarse, ¿está enferma hoy?	☐	☐	☐
3. La persona que va a vacunarse, ¿ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	☐	☐	☐
• Si la respuesta es "sí", ¿qué producto le administraron?			
☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen *(Johnson & Johnson)* ☐ Otro producto			
☐ Moderna ☐ Novavax			
• ¿Cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 le administraron? _____			
• ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?	☐	☐	
4. La persona que va a vacunarse, ¿tiene alguna afección o está recibiendo algún tratamiento que haga que tenga el sistema inmunitario moderada o gravemente debilitado? *Esto incluiría, entre otros, tratamiento para el cáncer, infección por el VIH, haber recibido un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o con dosis altas de corticosteroides, terapia CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas [HCT], o inmunodeficiencia primaria moderada o grave.*	☐	☐	☐
5. La persona que va a vacunarse, ¿recibió la vacuna contra el COVID-19 antes o durante las terapias de trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o CAR-T?	☐	☐	☐
6. La persona que va a vacunarse, ¿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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).*			
• Un componente de la vacuna contra el COVID-19	☐	☐	☐
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	☐	☐	☐
7. La persona que va a vacunarse, ¿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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).*	☐	☐	☐

8. Marque todo lo que corresponda para la persona que va a vacunarse:

- ☐ Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis
- ☐ Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)
- ☐ Tiene antecedentes de algún síndrome de origen inmunitario que se defina como trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina (HIT)
- ☐ Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (TTS)
- ☐ Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)
- ☐ Tiene antecedentes de enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses

Formulario revisado por **Fecha**

Adaptado, con reconocimiento, de las listas de verificación de evaluación de la Coalición de Acción para la Vacunación (IAC)