



Vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19

FAVOR USAR LETRA DE MOLDE

PRIMER nombre del paciente: _____

APELLIDO: _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____

Apellido de soltera (opcional): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Edad actual: _____

Sexo: F M Otro

Raza: Blanca Negra o afroamericana Asiática Indígena americana o natural de Alaska Otra

Natural de Hawái o de Islas del Pacífico Desconocida

Etnia: Hispana o latina No hispana ni latina Desconocida

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No Prefiero no contestar

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Celular: () _____

Teléfono alternativo: () _____

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna inyectable contra el COVID. Responda a estas preguntas respecto a la persona que recibirá la vacuna.

Si una pregunta no está clara, solicite explicación a un proveedor de salud.

1. Verifique el grupo de edad del individuo
 Edad 6 meses – 4 años?.....
 Edad 5-11 años?.....
 12 años en adelante?.....
2. ¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas inmediatas de cualquier intensidad después de una dosis previa de la vacuna de ARNm contra el COVID-19 o cualquiera de sus componentes (incluso el PEG -polietilenglicol- o el polisorbato)?..... Sí No
Causa/Alergia: _____
3. ¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas inmediatas de cualquier intensidad a alguna sustancia?..... Sí No
Causa/Alergia: _____
4. ¿Historial de miocarditis o pericarditis luego de recibir alguna vacuna contra la COVID 19? Sí No
5. ¿Le han puesto una vacuna contra el COVID-19 antes?..... Sí No
#1 Fecha: _____ **Fabricante:** _____
#2 Fecha: _____ **Fabricante:** _____
individuos inmunodeprimidos
#3 Fecha: _____ **Fabricante:** _____
dosis de refuerzo
Fecha: _____ **Fabricante:** _____
6. ¿Está enfermo hoy, por ejemplo, con infección sintomática/asintomática de COVID-19?..... Sí No
7. ¿Tiene usted una afección o está recibiendo un tratamiento que lo haga moderada o gravemente inmunodeprimido? Sí No
8. ¿Ha sido diagnosticado con el Síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A, por sus siglas en inglés)?..... Sí No
9. ¿Está embarazada o amamantando?..... Sí No

Solicitud de administración de vacuna contra el COVID-19 para el receptor arriba mencionado: Reconozco que he recibido la declaración de datos de la vacuna o la hoja informativa de autorización para uso de emergencia y el aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud de Tennessee. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Estoy al tanto de que, para brindar protección contra el virus que causa el COVID-19, puede que se requieran adicional dosis. Reconozco que puedo recibir un recordatorio de dosis adicional por mensaje de texto (si proporciono mi número de teléfono celular, se pueden aplicar cargos de mensajería estándar), teléfono o correo.

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O TUTOR/PORTADOR DE PODER LEGAL: _____ **FECHA:** _____

Este consentimiento vale por 12 meses desde la fecha en que se firmó.



Vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19

FOR OFFICIAL USE ONLY

[Enter County] County Health Department
 Vaccination Site Location [address] _____

Nursing Immunization [INJECTION #1] Documentation

Manufacturer: Pfizer
Dose: **Ages 12 and up** : 0.3 mL (30 mcg) **Ages 5 - 11** : 0.2 mL (10 mcg) **Ages 6 mos - 4 yr**: 0.2 mL (3 mcg)
Site Administered: Right Deltoid Left Deltoid [Other] **Route:** IM
Lot Number: _____ **Expiration Date:** / / **EUA Date 12 and up:** 05/17/2022
Date Given: / / **Provider number:** **EUA Date 5-11:** 05/17/2022
Signature: _____ **EUA Date 6 mos-4 yrs:** 06/17/2022

Signature indicates immunization given according to PHN Protocol

Vaccine NOT given secondary to contraindication:
 Verbal Order obtained from _____ to proceed with immunization per protocol;
 readback completed. Special Instructions:
PHN Signature: _____

Nursing Immunization [INJECTION #2] Documentation

All initial screening questions have been reviewed and discussed.
Manufacturer: Pfizer
Dose: **Ages 12 and up** : 0.3 mL (30 mcg) **Ages 5 - 11** : 0.2 mL (10 mcg) **Ages 6 mos - 4 yr**: 0.2 mL (3 mcg)
Site Administered: Right Deltoid Left Deltoid [Other] **Route:** IM
Lot Number: _____ **Expiration Date:** / / **EUA Date 12 and up:** 05/17/2022
Date Given: / / **Provider number:** **EUA Date 5-11:** 05/17/2022
Signature: _____ **EUA Date 6 mos-4 yrs:** 06/17/2022

Signature indicates immunization given according to PHN Protocol

Vaccine NOT given secondary to contraindication:
 Verbal Order obtained from _____ to proceed with immunization per protocol;
 readback completed. Special Instructions:
PHN Signature: _____

Nursing Immunization Documentation

All initial screening questions have been reviewed and discussed.
Manufacturer: Pfizer
Dose: **Ages 12 and up** : 0.3 mL (30 mcg) **Ages 5 - 11** : 0.2 mL (10 mcg) **Ages 6 mos - 4 yr**: 0.2 mL (3 mcg)
Site Administered: Right Deltoid Left Deltoid [Other] **Route:** IM
Lot Number: _____ **Expiration Date:** / / **EUA Date 12 and up:** 05/17/2022
Date Given: / / **Provider number:** **EUA Date 5-11:** 05/17/2022
Signature: _____ **EUA Date 6 mos-4 yrs:** 06/17/2022

Signature indicates immunization given according to PHN Protocol

Vaccine NOT given secondary to contraindication:
 Verbal Order obtained from _____ to proceed with immunization per protocol;
 readback completed. Special Instructions:
PHN Signature: _____