

ID \_\_\_\_\_

**COVID-19 Formulario de Registro de Vacunas**

03/19/2021

PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO		CVX CÓDIGO	CPT CÓDIGO
FECHA DE NACIMIENTO / /		AÑOS	¿17 AÑOS O MENOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CITA PERDIDA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DECLINAR <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	RAZA <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska (5) <input type="checkbox"/> Indio Americano (5) <input type="checkbox"/> Asiático (4) <input type="checkbox"/> Negro (2) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái (7) <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico (7) <input type="checkbox"/> Blanco (1) <input type="checkbox"/> Otro (6) <input type="checkbox"/> Desconocida (9)	ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (1) <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino (2) <input type="checkbox"/> Desconocida (3)
NÚMERO DE TELÉFONO ¿PODEMOS MANDARLE UN TEXTO? Sí No		¿CORREO ELECTRÓNICO ¿PODEMOS MANDARLE UN CORREO ELECTRÓNICO? Sí No				GÉNERO <input type="checkbox"/> Hembra (F) <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Otro (O) <input type="checkbox"/> Desconocido (U)	
DIRECCIÓN							
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO DE RESIDENCIA			
<b>PREGUNTAS PARA EL PACIENTE - RESPONDA EL DÍA DE VACUNACIÓN</b>							
¿Ha recibido algún tipo de vacuna en las últimas dos semanas?						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a una vacuna o alguna inyección en el pasado?						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Alguna vez dio positivo por COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19?						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Ha sido identificado como un caso probable o confirmado de COVID-19 en las últimas dos semanas?						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Ha recibido terapia con anticuerpos (plasma monoclonal o de convalecencia) para COVID-19 en los últimos 3 meses?						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene alguna condición de salud grave (a menudo llamada comorbilidad)?						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene un sistema inmunológico debilitado (es decir, por el VIH o el cáncer) o está tomando medicamentos inmunosupresores?						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Está embarazada o amamantando?						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Se siente enfermo hoy?						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Es esta su primera o segunda dosis en el último mes?						<input type="checkbox"/> Primera dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis	
						Fabricante de la primera dosis _____ Fecha de la primera dosis _____	
<b>¿En qué grupo está? (seleccione sólo uno)</b>							
<input type="checkbox"/> Residente en centros de Vivienda Asistida (TPV1)		<input type="checkbox"/> Residente en centros de atención colectiva (TPV13)		<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 (TPV25)			
<input type="checkbox"/> Empleado en centros de Vivienda Asistida (TPV2)		<input type="checkbox"/> Empleado en centros de atención colectiva (TPV14)		<input type="checkbox"/> Embarazada (TPV26)			
<input type="checkbox"/> Residente en centros con Enfermería especializada (TPV3)		<input type="checkbox"/> Empleado de un Hospital clínico (TPV15)		<input type="checkbox"/> Destinatario de trasplante de médula ósea (TPV27)			
<input type="checkbox"/> Empleado en centros con Enfermería especializada (TPV4)		<input type="checkbox"/> Empleado administrativo de un Hospital (TPV16)		<input type="checkbox"/> Pacientes con ELA (Enfermedad de Lou Gehrig) (TPV28)			
<input type="checkbox"/> Residente en centros para personas con discapacidades del estado de Ohio (TPV5)		<input type="checkbox"/> Empleado auxiliar de un Hospital (TPV17)		<input type="checkbox"/> Trabajador de servicios de cuidado infantil (TPV29)			
<input type="checkbox"/> Empleado en centros para personas con discapacidades del estado de Ohio (TPV6)		<input type="checkbox"/> Empleado sanitario no hospitalario (TPV20)		<input type="checkbox"/> Trabajador de servicios funerarios (TPV30)			
<input type="checkbox"/> Residente en centros para Veteranos del estado de Ohio (TPV7)		<input type="checkbox"/> Empleado administrativo sanitario no hospitalario (TPV18)		<input type="checkbox"/> Trabajador del orden público, correccionales, bombero (TPV31)			
<input type="checkbox"/> Empleado en centros para Veteranos del estado de Ohio (TPV8)		<input type="checkbox"/> Empleado auxiliar de salud no hospitalario (TPV19)		<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 (TPV32)			
<input type="checkbox"/> Residente en centros para personas con discapacidades mentales del estado de Ohio (TPV9)		<input type="checkbox"/> Servicios médicos de emergencia EMT / Paramédicos (TPV21)		<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal en fase terminal (TPV33)			
<input type="checkbox"/> Empleado en centros para personas con discapacidades mentales del estado de Ohio State of Ohio MHAS Staff (TPV10)		<input type="checkbox"/> Personas mayores de 80 años de edad (TPV80)		<input type="checkbox"/> Cáncer (TPV34)			
<input type="checkbox"/> Residente de centros penitenciarios de largo plazo del estado de Ohio (TPV11)		<input type="checkbox"/> Personas de 75 a 79 años de edad (TPV75)		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica (TPV35)			
<input type="checkbox"/> Residente de centros penitenciarios de largo plazo del estado de Ohio (TPV12)		<input type="checkbox"/> Personas de 70 a 74 años de edad (TPV70)		<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (TPV36)			
		<input type="checkbox"/> Personas de 65 a 69 años de edad (TPV65)		<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (TPV37)			
		<input type="checkbox"/> Personas con trastornos congénitos o afecciones de aparición temprana con discapacidad intelectual (TPV22)		<input type="checkbox"/> Obesidad (TPV38)			
		<input type="checkbox"/> Personas que trabajan en colegios de K-12 (TPV23)		<input type="checkbox"/> Personas de 60 a 64 años de edad (TPV60)			
		<input type="checkbox"/> Personas con trastornos congénitos o afecciones de aparición temprana que se prolongaron a la edad adulta sin discapacidad intelectual (TPV24)		<input type="checkbox"/> Personas de 50 a 59 años de edad (TPV50)			
				<input type="checkbox"/> Personas de 40 a 49 años de edad (TPV40)			
				<input type="checkbox"/> Personas de 16 a 39 años de edad (TPVALL)			
Visite el sitio web de los CDC <a href="https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/index.html">cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/index.html</a> para conocer los beneficios y riesgos (VIS) de la vacuna COVID-19. Visite nuestro sitio web (publicado en la clínica) para leer nuestra Política de Privacidad (PP). Al firmar a continuación, acepta que 1) revisó tanto el VIS como el PP, 2) comprende los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicita que se le administre la vacuna a usted o a la persona nombrada en este formulario para quien está autorizado para realizar esta solicitud, 3) usted da su consentimiento para que podamos facturar a su seguro, si corresponde, 4) autoriza la divulgación de este registro de vacunación y toda la información en este formulario al Programa de Inmunización de su estado y al CDC, y 5) nosotros podemos divulgar el registro de su vacunación a su médico, escuela o empleador si lo solicita. Si la persona que está siendo vacunada tiene 17 años o menos, al firmar a continuación, acepta que está autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente y el paciente en este formulario puede recibir la vacuna con o sin usted presente, como padre o tutor, en el momento de la vacunación. Después de recibir su vacuna, le recomendamos que espere al menos 15 minutos. Si abandona el lugar de la vacunación antes de que hayan transcurrido 15 minutos después de la vacunación, usted asume los riesgos asociados de no haber esperado el tiempo recomendado. Por favor, tenga en cuenta que el personal puede estar tomando fotografías con el propósito de mejorar las redes sociales y la clínica. Si no desea que le tomen una foto, avisenos en la clínica.							
CONSENTIMIENTO / FIRMA DEL PACIENTE (o padre/tutor si el paciente tiene 17 años o menos)						FECHA DE CONSENTIMIENTO / /	

**PARE AQUÍ. EL RESTO DEL FORMULARIO ES PARA USO DE LA OFICINA**

<b>VACCINE NAME</b> <b>COVID-19</b>	<b>LOT NUMBER</b>	<b>EXPIRATION DATE</b>	<b>DOSE SIZE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Full (1.0) <input type="checkbox"/> Half (0.5)	<b>MANUFACTURER</b> <input type="checkbox"/> Moderna (MOD) <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson (JNJ) <input type="checkbox"/> Pfizer (PFR) <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> AstraZeneca (ASZ) <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Sanofi	
<b>ROUTE OF ADMIN</b> <input checked="" type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Oth	<b>SITE OF INJECTION</b> <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> LT _____	<b>DOSE IN SERIES</b> <input type="checkbox"/> First <input type="checkbox"/> Second	<b>SERIES COMPLETE?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
<b>VACCINATOR</b>	<b>NOTES</b>			<b>DATE OF VACCINATION</b> /      /	
<b>CLINIC LOCATION</b>	<b>CLINIC TYPE</b>	<b>CLINIC ADDRESS</b>		<b>STATE VACCINE SYSTEM DATA ENTRY</b> <input type="checkbox"/> By clinic/agency GIVING vaccine (N) <input type="checkbox"/> By clinic/agency NOT giving vaccine (Y)	