|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | | Fecha de nacimiento: | | Edad: | | Idioma preferido: | | | |
| ¿Tiene un seguro de salud? Sí  No  Si Sí:  Público  Privado | | Género:  Masculino  Femenino No binario/X  Transgénero Prefiere no revelar Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico | | | Negro o afroamericano  Blanco  Otra raza | | Etnicidad:  Hispánico/latino  No hispánico/no latino | | | | |
| Dirección: | | Ciudad/Código postal: | | Teléfono: | | | | | |
| ***Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre la persona mencionada anteriormente.*** | | | | | | **Sí** | **No** |
| 1. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?   *En caso afirmativo, se requiere documentación***.** | | | | | |  |  |
| 1. ¿Ha tenido, en los últimos 10 días, fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida nueva del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos o diarrea? | | | | | |  |  |
| 1. ¿Le han aconsejado aislar o poner en cuarentena en este momento? | | | | | |  |  |
| 1. ¿Está usted moderada o gravemente inmunodeprimido? | | | | | |  |  |
| 1. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia)? Por ejemplo, una reacción por la que fue tratado con epinefrina o EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital. | | | | | |  |  |
| 1. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a una vacuna anterior de COVID-19? Por ejemplo, ¿tuvo urticaria, hinchazón o sibilancias en las 4 horas siguientes a la vacunación? | | | | | |  |  |
| 1. ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis? | | | | | |  |  |
| 1. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos en los últimos 90 días? | | | | | |  |  |
| **PARA LOS RECEPTORES DE LA VACUNA <18 AÑOS DE EDAD, LOS TUTORES DEBEN MARCAR UNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS:**  Las vacunas de mi hijo **pueden hacerse** sin mi presencia.  Las vacunas de mi hijo **solo pueden hacerse con** mi presencia.  **PERMISO PARA VACUNAR**   * Se me entregó una copia de la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia, que he leído o me han explicado esta hoja informativa, y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19. * Entiendo que se introducirá un registro de esta vacunación en el Sistema de Información de Inmunización de Maine, ImmPact. * Entiendo que se me aconseja permanecer en el sitio hoy durante al menos 15 minutos después de la vacunación. * **Con mi firma, autorizo la administración de la vacuna COVID-19 a la persona arriba mencionada.**   X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del tutor de la persona a vacunar o Firma del adulto a vacunar  X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del intérprete | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:** | | | | | | | | | |
| **Dosis** | **Fecha de administración de la dosis** | **Fabricante de la vacuna** | **Número de lote** | **Volumen de la dosis** | **Firma y credenciales del proveedor de la vacuna** | | **Lugar de la inyección -**  **Deltoides** | **Ruta** | **Fecha EE.UU.** | |
| Dosis 1  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Dosis 2  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Dosis 3  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | / / |  |  |  |  | | Izquierdo  Derecho | IM |  | |
| Tarjeta de vacunación COVID-19 completada:  S  N | | | | | Temperatura: | | | | |

***A picture containing logo

Description automatically generated***