|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre:  | Fecha de nacimiento:  | Edad:  | Idioma preferido: |
| ¿Tiene un seguro de salud? [ ] Sí [ ]  NoSi 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\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | / / |  |  |  |  | IzquierdoDerecho | [ ] IM |  |
| Tarjeta de vacunación COVID-19 completada: [ ]  S [ ]  N | Temperatura:  |

******