



Wilson County Health Department

1801 Glendale Drive SW • Wilson, NC 27893-4401 • Phone 252.237.3141

COVID 19 VACCINATION CONSENT FORM

Nombre del paciente: _____ Anos: _____

Nombre del padre (Imprimir): _____

Habla a: _____ Condado: _____

CÓDIGO POSTAL

Número de teléfono: _____ Género: _____

DOB: _____ Email: _____

Seguridad Social #: _____ Idioma Preferido: _____

Carrera: _____

Etnicidad: (Circulo) Hispanic Non-Hispanic

¿Eres una infraestructura crítica / trabajadora esencial? (Trabajador de salud, seguridad nacional y nacional, seguridad pública, educación, alimentos y agricultura) SI o NO

¿Ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 30 días? SI o NO

¿Cuántas enfermedades crónicas de alto riesgo tiene? Revise el sitio web de los CDC para conocer las definiciones (en la parte posterior) de las condiciones que causan un mayor riesgo de contraer COVID 19 (Círculo)

Ninguna/o 1 2 o más

CONTRAINDICACIONES: No debe recibir la vacuna Moderna COVID-9 si ha tenido:

- Una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna. SI o NO
- Una reacción alérgica grave a cualquier ingrediente de esta vacuna. SI o NO

INFORMAR AL PROVEEDOR DE VACUNAS sobre todas sus afecciones médicas, incluso si usted:

- tiene alguna alergia
- tiene fiebre
- tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante
- está inmunodeprimido o está tomando un medicamento que afecta nuestro sistema inmunológico
- está embarazada o planea quedar embarazada
- está amamantando
- ha recibido otro COVID-19

CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIONES

He leído o me han explicado sobre la vacuna COVID-19 y COVID-19. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y comprender los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19. Además, entiendo que, al igual que con todos los tratamientos médicos, puedo experimentar un efecto secundario adverso de la vacuna. Doy permiso al Departamento de Salud del Condado de Wilson para administrar la vacuna. Se me ha dado la hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna Moderna COVID-19.

FIRMA DEL PACIENTE (O PADRE)/GUARDIAN: _____

FECHA: _____

Employee Health Use Only

COVID-19 Vaccine
2020-2021
Moderna/Pfizer

Lot # _____
Exp: _____

Site of Injection
Right or Left Deltoid

Provider Signature: _____ Date: _____

Para los destinatarios de la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna COVID-19 hoy. Si responde “sí” a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Solo significa que se pueden hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Si	No	No Sabe
1. ¿Te sientes enferma/o hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? • En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Another product			
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hizo ir al hospital. También incluiría un alérgico reacción que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)			
• Un componente de la vacuna COVID-19 incluye polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia.			
• Polysorbato			
• Una dosis previa de la vacuna COVID-19			
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea COVID-19 vacuna) o un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hizo ir al hospital. También incluiría un alérgico reacción que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)			
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a otra cosa que un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o cualquier vacuna o inyectable ¿medicamento? Esto incluiría alimentos, mascotas, medicamentos ambientales o de otro tipo alergias.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Alguna vez ha tenido una prueba positiva para COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez? que tenías COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?			
9. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como el VIH? infección o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?			
11. ¿Estás embarazada o amamantando?			

Form reviewed by
(Initial): _____