

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy.

Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse. Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre del paciente _____

Edad _____

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otro producto _____ 			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia. <input type="radio"/> Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos. Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19. Una vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál provocó la reacción inmediata. 			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			
12. ¿Tiene materiales de relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>)?			

Formulario revisado por _____

Fecha _____

**FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES ADULTOS DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICO DEL CONDADO DE JOHNSTON
PARA LAS CLÍNICAS DE VACUNACIÓN DE COVID-19**

APELLIDO(S)	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO MES / DÍA / AÑO	EDAD
DIRECCIÓN DONDE RECIBE CORREO:		CORREO ELECTRÓNICO		
CIUDAD/PUEBLO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO/COUNTY 051	
TELÉFONO DE CASA/TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
Estado Civil:		Sexo:		Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Pacífico Islandés <input type="checkbox"/> Rehúso Contestar				
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Rehúso Contestar				
VACUNA SOLICITADA: <input type="checkbox"/> DOSIS #1 DE LA VACUNA DE COVID (VIS Date: 12/2020) English / español <input type="checkbox"/> DOSIS #2 DE LA VACUNA DE COVID (VIS Date: 12/2020) English / español				
<input type="checkbox"/> Grupo 1 <input type="checkbox"/> Grupo 2 <input type="checkbox"/> Grupo 3 <input type="checkbox"/> Grupo 4 <input type="checkbox"/> Grupo 5			<u>Empleador o CCLP</u>	
PAGADOR: <input type="checkbox"/> MEDICARE PARTE B # _____ <input type="checkbox"/> MEDICAID # _____ <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL SEGURO Y # DE LA PÓLIZA _____ <input type="checkbox"/> CUENTA PROPIA \$ _____ (NPI 1528157211) Para Fines de Seguro				
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/AUTORIZACIÓN PARA LAS OPCIONES DEL PLAN DE TRATAMIENTO				
<ul style="list-style-type: none"> El Aviso de prácticas de privacidad describe cómo el Departamento de Salud del Condado de Johnston puede usar o divulgar información sobre usted. Al Condado de Johnston se le requiere que debe notificarle sobre nuestras prácticas de privacidad por la información que recopilamos y guardamos sobre usted. Se me entregó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del condado de Johnston y se me informó sobre la intención del documento. También entiendo que, si tengo preguntas sobre este documento, se me brindará la oportunidad de obtener más explicaciones si lo solicito. He leído o me han explicado información sobre las inmunizaciones, vacunas o inyecciones enumeradas anteriormente. Recibí una copia de la declaración de VIS y tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de las inmunizaciones, vacunas o inyecciones enumeradas, y solicito que me las administren a mí o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Solicito que el pago de las Compañías de seguros autorizadas y/o Pagadores, en caso de que reciba estos servicios, se realice al Departamento de Salud Pública del Condado de Johnston por proporcionar la vacuna de COVID-19. 				
Firma del Paciente/Guardián: _____		Fecha: _____		
Yo, por el presente juro que tengo 18 años o más de edad y he autorizado al Departamento de Salud Público del Condado de Johnston para administrar la vacuna mencionada arriba y he dado mi autorización verbal para que esta forma de registración sea firmada de mi parte.				
Consentimiento Verbal Dado Por: _____		Testigo: _____ Fecha _____		
Relación: _____				
ALERGIAS/ALLERGIES:			VACUNA PREPARADA POR/VACCINE PREPARED BY:	
IMM/VACCINE/INJECTION	INJECTION SITE	MANUFACTURER/LOT NO.	VACCINE ADMIN BY	
COVID 19 VACCINE 223 / 91301 Moderna 223/ 91300 Pfizer 223/ 91303 Johnson & Johnson	L - R DELT			

(Actualizado 04/5/2021) CVMS Immu .Cmd

Vaccine Admin Fees: Moderna 1st 0011A 2nd 0012A
Vaccine Admin Fees: Pfizer 1st 0001A 2nd 0002A
Vaccine Admin Fee: J & J 0031A