

ECU Health Physicians: Formulario de Registro de Administración de Vacunas y Consentimiento del Paciente de Inmunización pediátrica

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M / F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Telefono: _____

Dosis (Encierre en un círculo) Primera Segunda tercera Condado: _____ Etnicidad (encierre en un círculo) Hispano No-Hispano

Correo electrónico: _____

Raza (Encierre en un círculo): Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Otro

Aseguranza Primaria: _____ # de ID: _____ # de Grupo: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Tarjeta _____

Favor de contestar las siguientes preguntas colocando una X en el cuadro de la respuesta:	SI	NO	NO SE
1. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave a una dosis previa de la vacuna de ARNm COVID-19 o a cualquiera de los componentes de la vacuna (¿incluido el polietilenglicol [PEG]?)			
2. ¿Ha tenido una reacción alérgica inmediata de alguna gravedad al polisorbato?			
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo: ¿anafilaxia) después de recibir otra vacuna, medicamento o ingerir alimentos?			
4. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días? Aparte de la vacuna contra la influenza?			
5. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia como parte del tratamiento con COVID-19 en los últimos 90 días?			
6. ¿Está actualmente en cuarentena por exposición conocida a COVID-19 o por una prueba de COVID-19 positiva?			
PARA DOSIS DE REFUERZO UNICAMENTE: ¿Han pasado al menos 2 meses desde que completo su serie inicial de vacunas de 2 dosis?			

Consentimiento informado, renuncia y aviso de prácticas de privacidad: Por favor, lea las siguientes declaraciones y firme en la línea de abajo:

Por medio de la presente, doy mi consentimiento para participar en el servicio de vacunas y autorizo a los representantes de los Servicios de Farmacia de la Escuela de Medicina de Brody de la Universidad de Carolina del Este a que me administren la (s) vacuna(s) indicadas a continuación.

Soy consciente de los efectos secundarios de la(s) vacuna (s) y solicito que se me administren, ECU Health Physicians no son responsables de asegurar que haya consultado con mi medico con respecto a la recepción de la (s) vacuna (s). He recibido una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad. En consideración de la (s) vacuna (s) que ECU me administrara. Por la presenté asumo todos los riesgos relacionados con mi participación y acepto liberar a la Universidad de Carolina del Este, a cada uno de sus funcionarios, directores agentes y empleados de toda y cada una de las lesiones, reclamaciones, perdidas, daños o responsabilidades que surjan de mi participación en este servicio o estén relacionados de alguna manera con ella. Por el presente renuncio para mí, mis herederos, albaceas y administradores a todos los derechos y reclamaciones por mi participación a este programa.

Firma del paciente que recibirá la vacuna o persona autorizada para realizar la solicitud (padre/tutor) _____ Fecha _____

This section to be completed by Immunization Staff (Esta sesión debe ser completada por el personal de Inmunización) ICD-10: Z23

Vaccine	Lot #	Exp. Date	Manufacturer	NDC	Dosage	Site (LA/RA)	Admin Schedule		VIS Date	CPT Code
Covid-19 Dose 1			Pfizer	59267-1055-4	0.2mL		1 st Dose		Oct. 2022	0071A
Covid-19 Dose 2			Pfizer	59267-1055-4	0.2mL		2 nd Dose		Oct. 2022	0072A
REFUERZO Covid-19			Pfizer	59267-0565-2	0.2mL		REFUERZO		Oct.2022	0154A

Immunizer Signature / Title / Date _____ / _____ / _____