

ECU Health Physicians: Formulario de Registro de Administración de Vacunas y Consentimiento del Paciente para Inmunización Pediátrica
Esta dosis es para pacientes de 5 a 11 años de edad

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M / F
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Telefono: _____
 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: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas marcando con una X en el cuadro de respuesta:	SI	NO	NO SE
1. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave a una dosis anterior de la vacuna mRNA COVID-19 o a alguno 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. ¿Está actualmente en cuarentena por una exposición conocida a COVID-19 o una prueba de COVID-19 positiva?			
5. Ha recibido anteriormente alguna vacuna de Covid en los últimos 2 meses?			

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 Physicians no son responsables de asegurar que haya consultado con mi médico con respecto a la recepción de la (s) vacuna (s). He recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad. En consideración de la (s) vacuna (s) que ECU me administrara. Por la presente 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, pérdidas, 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 a recibir la vacuna o persona autorizada para realizar la solicitud (padre/tutor) _____ Fecha _____

This section to be completed by Immunization Staff

ICD-10:Z23

Vaccine	Lot #	Exp. Date	Manufacturer	NDC	Dosage	Site (LA/RA/LL/RL)	Admin Schedule	VIS Date	CPT Code
Covid-19 Vaccine Age 5yr.-11yr.			Pfizer	59267-4331-2	10mcg		Monovalent		91319

Immunizer Signature/Title/ Date _____

/ /