

ECU Health Physicians: Consentimiento del Paciente para Inmunización Pediátrica y Registro de Administración de Vacunas.

Esta dosis es para pacientes de 6 meses a 4 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** **Non-Hispano**

Correo Electronico: _____

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 la respuesta:	SI	NO	MO 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 les mes 2?			

Consentimiento Informado, Renuncia y Aviso de Practicas de privacidad: Por favor, lea las siguientes declaraciones y firme en la línea de abajo:

Por 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 administrar las vacunas que se enumeran a continuación. Soy consciente de los efectos secundarios de la(s) vacuna(s), solicito que me la administren. ECU Health Physicians no son responsables de garantizar que haya consultado con mi medico con respecto a la recepción de las vacunas. He recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad. En consideración a la(s) vacuna(s) que me administrara ECU, por la presente asumo todos los riesgos en relación con mi participación y acepto eximir de responsabilidad a la Universidad de Carolina del Este, a cada uno de sus funcionarios, directores, agentes y empleados de cualquier lesión., reclamos, perdidas, daños o responsabilidad que surjan o estén relacionados de alguna manera con mi participación en este servicio. Por la presente renuncio para mí, mis herederos, albaceas y administradores a todos los derechos y reclamos por mi participación en 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 6mo-4yr.			Pfizer	59267-4315-2	3mcg		Monovalent		91318

Immunizer Signature/Title/ Date

/ /