

**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: \_\_\_\_\_

<b>Por favor conteste las siguientes preguntas marcando con una X en el cuadro de la respuesta:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>MO SE</b>
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**

<b>Vaccine</b>	<b>Lot #</b>	<b>Exp. Date</b>	<b>Manufacturer</b>	<b>NDC</b>	<b>Dosage</b>	<b>Site (LA/RA/LL/RL)</b>	<b>Admin Schedule</b>	<b>VIS Date</b>	<b>CPT Code</b>
Covid-19 Vaccine Age 6mo-4yr.			<b>Pfizer</b>	59267-4315-2	3mcg		Monovalent		91318

Immunizer Signature/Title/ Date

/ /