

**ECU Health Physicians: Formulario de Registro de Administración de Vacunas y Consentimiento del Paciente para Inmunización de Farmacia**

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Etnicidad (encierre en un círculo) **Hispano** **No-Hispano**

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

Aseguranza Primaria: \_\_\_\_\_ # de ID: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

<b>Favor de contestar las siguientes preguntas colocando una X en el cuadro de la respuesta:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO SE</b>
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. ¿Está actualmente en cuarentena por exposición a COVID-19 o por 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 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**

For Pfizer booster, verify patient is 12 or older: \_\_\_\_\_ (Staff Initial) Entered in EPIC: \_\_\_\_\_ (MRN) Entered in CVMS: \_\_\_\_\_

Vaccine	Lot #	Exp. Date	Manufacturer	NDC	Dosage	Site (LA/RA)	Admin Schedule	VIS Date	CPT Code
Comirnaty Syringe			<b>Pfizer</b>	00069-2392-1	0.3mL		Monovalent Booster	91320	Comirnaty Syringe
Comirnaty Vial			<b>Pfizer</b>	00069-2362-1	0.3mL		Monovalent Booster	91320	Comirnaty Vial

Immunizer Signature / Title / Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_