# Formulario de administración de vacunas y detección de la COVID-19 en Colorado

| *Escriba con letra de imprenta en mayúsculas, como se muestra en el siguiente ejemplo* E J E M P L O 1 2 3 | *Responda todas las preguntas de la forma más completa como sea posible* | ***Use el reverso para notas*** |
|---|---|---|

**Información personal. Proporcione información lo más completa posible.**
**Toda la información se mantendrá confidencial.**

**Apellido** | **Primer nombre** | **Inicial del segundo nombre** | **Sexo** ☐ M ☐ F

**N.º de calle o apartado postal** | **Nombre de la calle** | **Apartamento Número**

**Ciudad** | **Condado** | **Estado**

**Código postal** | **Teléfono** - - | **Correo electrónico**

**Fecha de nacimiento** M M / D D / A A A A

**Raza/etnia (marque todas las que correspondan)**
☐ Asiático ☐ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico ☐ Hispano/latino
☐ Negro, afroamericano ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Blanco
☐ Otros

**Información sobre seguros médicos**
☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Kaiser Permanente ☐ Otro privado ☐ Sin seguro

**Número de la póliza de seguro**

**Preguntas sobre la evaluación de salud** ***Las notas a pie de página para las precauciones y contraindicaciones se encuentran al otro lado de este documento ***

| | Sí* | No |
|---|---|---|
| 1. ¿Está enfermo hoy? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Tiene una alergia grave a los alimentos, a un componente de alguna vacuna o al látex? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de una vacuna o medicamento? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica grave a algún componente de la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en los próximos 14 días? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Ha estado enfermo o se ha recuperado de una infección por COVID, o ha recibido terapia con anticuerpos en los últimos 3 meses? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o afecciones? Enfermedad pulmonar crónica (incluido asma), enfermedad cardíaca, diabetes, enfermedad cerebral, de la médula espinal o muscular que provoque problemas para tragar o pulmonares, problemas del sistema inmunológico causados por medicamentos o VIH, enfermedad renal, enfermedad hepática, trastornos sanguíneos. | ☐ | ☐ |

**Identifique la categoría de fase en la que se encuentra (elija solo una)**

☐ **1A**- Mayor riesgo: Contacto directo con pacientes con COVID, personal/residentes de instituciones de cuidado a largo plazo (Long Term Care, LTC).

☐ **1B**- Riesgo moderado: Trabajadores de servicios médicos de emergencia (Emergency Medical Services, EMS), bomberos, policía, correcciones, trabajadores de salud en casa (Home Health, HH)/de hospicio, personal dental, otros socorristas, servicios funerarios, personal de respuesta a la COVID, trabajadores de la salud con menos contacto directo con pacientes con COVID-19.

☐ **2**- Trabajadores esenciales y de mayor riesgo: 65 años o más, o individuos: 1) con condiciones de salud subyacentes, 2) en contacto directo con el público, 3) que trabajen o sirvan a personas en entornos de alta densidad, 4) trabajadores de la salud no incluidos en la fase 1, y 5) quien haya recibido el placebo en ensayos clínicos.

☐ **3**- Público general: Edad 18-64, sin condiciones de alto riesgo

**Autorización para administrar la vacuna contra la COVID**

He leído o me han explicado y entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, que fueron respondidas satisfactoriamente. Por la presente libero a este proveedor, a sus empleados y a sus voluntarios de cualquier responsabilidad por los resultados que puedan producirse por la administración de esta vacuna.

Firma del paciente, padre o tutor: _____ Fecha: _____

**PARE - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

| PIN COVID/Vacunas para Niños (Vaccines for Children, VFC) | Nombre de la clínica | Tipo de proveedor: ☐ Público ☐ Privado | Nombre del proveedor que receta |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Fabricante | Dosis | N.° de lote | Sitio: | Fecha de administración |
|---|---|---|---|---|
| ☐ PFR (Pfizer) ☐ AstraZeneca/ Oxford Biomedica ☐ Moderna ☐ SP/GSK ☐ J&J | ☐ 0.3 ml ☐ 0.5 ml | | ☐ RD ☐ RT ☐ LD ☐ LT | M M / D D / A A A A |

Administrada por:

Nombre _____ Título _____

Revisado el 21 de diciembre de 2020

Al firmar, confirmo que he utilizado este formulario en español para poder comprender y completar la versión en inglés de este formulario.