



Covid-19

Formulario de Inmunización

***FORMULARIO UTILIZADO PARA MENORES SOLAMENTE ***

CAIR# _____
 Localización de vacunación: _____

Nombre : _____ Raza/Etnia: _____
Apellido Noimbre inicial. Alias/"AKA"

Fecha nacimiento: _____ Género: F M Otro: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre y apellido de soltera de la madre: _____

Dirección primaria de correo electrónico: _____

Revisión Médica	Circule uno		Si , explique
Contraindicaciones:			
1. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica severa a cualquier sustancia que requiera epinefrina?	Si	No	
2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a cualquier ingrediente en la vacuna?	Si	No	
Precauciones:			
1. ¿Se siente enfermo o tiene fiebre hoy?	Si	No	
2. ¿Tiene cualquier tipo de alergia?	Si	No	
3. ¿Sufre de algún trastorno de sangrado o toma anticoagulantes?	Si	No	
4. Está usted inmunocomprometido o toma medicamentos que afectan su sistema immune?	Si	No	
5. ¿Está embarazada, planea embarazarse, o está proveyendo lactancia materna?	Si	No	

FIRMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS PARA MENORES DE 12 AÑOS EN ADELANTE
 Soy el padre o tutor legal del paciente. He revisado la hoja informativa de COVID-19 EUA. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los riesgos de la vacuna y solicito que la vacuna indicada se le dé a la persona nombrada en el formulario de registro para la cual estoy autorizado a hacer esta solicitud. Al firmar a continuación, confirmo que la información proporcionada es precisa, correcta y completa

 Fecha

Firma del padre / tutor del paciente: _____ Dirección: _____

Nombre del padre / tutor del paciente (en letra de imprenta): _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Fabricante	Lote #	Fecha Expiración	Fecha hora	Lugar (Circule uno)		Administrada por:
Pfizer-BioNTECH	_____	_____	_____	DD	DI	

Vacunado **O, no vacunado debido a:** Contraindicaciones Declinó