

Registro de administración de la vacuna contra la COVID-19

En letra de imprenta

Sección 1: Información de la persona que recibe la vacuna

Nombre de la
persona que
recibe la vacuna:

Apellido Nombre Inicial del
segundo nombre

Dirección:

Calle Ciudad Estado Código
postal

Fecha de
nacimiento:

Edad:

Género:

Masculino

Femenino

Raza

Indígena americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Asiático

Blanco

Nativo hawaiano

Otra raza

Otro isleño del Pacífico

Origen étnico

No hispano o latino

Hispano o latino

Lengua materna

Inglés

Español

Proveedor de atención médica primaria:

Sección 2: Evaluación de elegibilidad para recibir la vacuna

La persona mencionada anteriormente, ¿ya ha recibido una vacuna
contra la COVID-19?

Sí

No

Si respondió que sí, indique el tipo de vacuna contra la COVID-19 que recibió:

Marca de la vacuna que se le administró (Pfizer, Moderna, Astra Zeneca, Johnson and Johnson):

Fecha en que se le administró la primera dosis: Mes _____ Día _____ Año _____
Fecha en que se le administró la segunda dosis: Mes _____ Día _____ Año _____

Sección 3: Seguro

Proporcione la información de seguro médico de la persona que recibe la vacuna.

Nombre del seguro: _____ Número de identificación de miembro: _____

Número de Seguro Social: _____ Nombre del titular de la tarjeta: _____

Relación con la persona que recibe la vacuna: _____

Sección 4: Consentimiento

He leído o me han explicado la información proporcionada en la Hoja informativa de la Autorización de Uso Urgente (Emergency Use Authorization, EUA) o en la Declaración de información sobre la vacuna contra la COVID-19. Pude hacer preguntas y recibir respuestas que me dejaron satisfecho. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la COVID-19 y solicito que se me administre a mí o a la persona mencionada más arriba para la cual tengo autorización de realizar esta solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Para uso exclusivo del proveedor de atención médica

Fecha en que se administró la vacuna: _____ Lugar donde se colocó la inyección (deltoides): Izquierdo Derecho

Fabricante: _____ Número de lote: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre de la persona que administró la vacuna (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Se proporcionó la Hoja informativa de la Autorización de Uso Urgente de la vacuna contra la COVID-19 para personas que reciben la vacuna