

Formulario de Administración y Detección para la vacuna contra el COVID-19 en Colorado



Por favor escriba claramente en mayúscula, como en el siguiente ejemplo

E J E M P L O 1 2 3

Por favor conteste todas las preguntas lo más completas posible

**Las preguntas de evaluación de salud se encuentran en el dorso de este documento

Información Personal. Provea la información lo más completa posible. Toda la información se mantendrá confidencial.

Apellido(s)				Nombre(s)				Inicial del Segundo nombre	
Fecha de Nacimiento				Número de calle o buzón		Nombre de la calle			
Número del apartamento		Ciudad				Condado			
Estado		Código postal		Número telefónico		Identidad de género			
Correo electrónico									
Raza(s) elija todos los que aplican						Etnicidad			
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro, Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No responder	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/a/o/x <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latin/a/o/x <input type="checkbox"/> Declinó responder	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Sin-especificar	<input type="checkbox"/> Declinó responder	

¿Ya recibió la vacuna contra el COVID-19? S N ¿Cuándo? (Fecha) _____ ¿Marca? _____

Marque en qué fase entra (elija una sola opción)

<input type="checkbox"/> 1A. Empleado de atención médica de alto riesgo y LTC. <input type="checkbox"/> 1B.1 Empleado de atención médica de riesgo moderado, 70+ años de edad y personal de emergencia <input type="checkbox"/> 1B.2-Edades 65-69, educadores de PK-12 y empleados del cuidado para niños en programas autorizados, continuidad del gobierno: 1) Empleados del cuidado para niños en programas autorizados 2) Maestros (de tiempo completo y suplentes) autobús, comida, terapeutas, administrativos, seguridad y otros servicios ofrecidos dentro de la escuela; 3) Miembros selectos de los poderes Ejecutivo y Judicial <input type="checkbox"/> 1B.3 a. Empleados esenciales de primera línea: Área agrícola y de alimentos, Servicio Postal; Personal de transporte público y transporte especializado, Mercadería, Salud Pública, líderes religiosos, Empleado de primera línea para el Departamento de Servicios Humanos, y proveedores de cuidado directo para habitantes de Colorado sin hogar, Periodistas de primera línea.	<input type="checkbox"/> 1B.3 b. Personas edades 16-64 con 2 o más condiciones de mayor riesgo: Marque todos los que aplican: <input type="checkbox"/> Cáncer-actualmente recibiendo tratamiento o fue tratado hace un mes <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Condiciones específicas del corazón: <input type="checkbox"/> insuficiencia cardíaca, <input type="checkbox"/> miocardiopatía o arteriopatía coronaria, <input type="checkbox"/> enfermedad valvular grave/afección cardíaca congénita <input type="checkbox"/> Obesidad (IMC \geq 30 kg/m ²) <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad que les impide el uso del tapabocas
---	---

Autorización para la administración de la vacuna contra el COVID-19

Lo leí o me lo explicaron, y entiendo el riesgo y los beneficios de recibir la vacuna contra el COVID-19. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron muy bien contestadas. Por el presente libero al proveedor, sus empleados y los voluntarios de cualquier responsabilidad que pueda ocurrir después de la administración de la vacuna.

Paciente, Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

DETÉNGASE POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

COVID/VFC PIN	Clinic Name	Provider type: <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Private	Prescribing provider name	
Manufacturer	Lot number	Dosage	Site	Date administered
<input type="checkbox"/> PFR (Pfizer) <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Janssen		<input type="checkbox"/> 0.3 ml <input type="checkbox"/> 0.5 ml	<input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> RT	MONTH / DAY / YEAR
<input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Second Dose		Admin: Name _____ Title _____ Time _____		

Preguntas de evaluación de salud		Sí	No
1.	¿Está enfermo hoy?		
2.	¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica al polisorbato, polietilenglicol o a la dosis anterior del COVID-19?		
3.	¿Tuvo alguna reacción grave (anafilaxia) ante otra vacuna o medicamento inyectable?		
4.	¿Tuvo alguna reacción alérgica grave a animales, comida, entorno o medicamentos orales?		
5.	¿Está embarazada o en periodo de lactancia?		
6.	¿Recibió alguna vacuna dentro de los últimos 14 días?		
7.	¿Recibió algún relleno dérmico? (Juvaderm®, Restylane®, etc.)		
8.	¿Ha estado enfermo o hace poco que se recuperó de un caso confirmado del COVID-19 dentro de los últimos 3 meses?		
9.	¿Recibió plasma convaleciente o anticuerpos monoclonales como parte de su tratamiento para el COVID-19 dentro de los últimos 3 meses?		

NOTAS:
