



FORMULARIO DE EXAMEN PARA VACUNAS COVID-19

2020-2021

Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo

2191 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401

Teléfono: 805-781-5500 | Fax: 805-781-5543 | www.slopublichealth.org

Información Demográfica

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de 2do: _____

Dirección: _____ Primer Nombre de Madre: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Género: Masculino Femenino Se rehusa a decir

Teléfono (xxx-xxx-xxxx): _____ RAZA Indio Americano Asiático Nativo de Hawái u Otro Islas del Pacífico
 Nativo de Alaska

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Negra o Africano-Americano Blanca Otra: _____

Email: _____ Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Historial de Salud

- | | Sí | No | No sabe |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se siente enfermo hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?
Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Otro: _____
 Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____

¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no)

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?
<i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i> | | | |
| • Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: | | | |
| o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?
<i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Marque todo lo que corresponda:

- Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años. Soy un hombre de entre 12 y 29 años
- Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis.
- Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.
- Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente
- Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.
- Tengo el sistema inmunitario debilitado (ejemplo, infección por el VIH, cáncer).
- Uso medicamentos o terapias inmunodepresores.
- Tengo un trastorno hemorrágico.
- Tomo un anticoagulante (blood thinner).
- Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparin (HIT).
- Estoy embarazada o amamantando actualmente.
- Ha recibido rellenos dérmicos.
- Tuvo una prueba positiva para COVID-19 o un médico le dijo que tenía Covid-19

Yo, el abajo firmante, certifico que toda la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Relación con la persona nombrada en este formulario



FORMULARIO DE EXAMEN PARA VACUNAS COVID-19 2020-2021

Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo
2191 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401
Teléfono: 805-781-5500 | Fax: 805-781-5543 | www.slopublichealth.org

Reconocimiento de Información sobre la Vacuna, Practicas de Privacidad y Testimonio

He leído o me han explicado la Declaración de Información sobre Vacunas COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y solicito que se me la dé a mí o a la persona para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Enlace de Pfizer BioNTech Declaración de información sobre vacunas COVID-19: <https://www.fda.gov/media/144414/download>

Enlace de Moderna Declaración de información sobre vacunas COVID-19: <https://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua/eua-fact-sheet-recipients.pdf>

Enlace de Janssen (J&J) Declaración de información sobre vacunas COVID-19: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CDPH%20Document%20Library/COVID-19/jnj_factsheet.pdf

Por la presente reconozco que me han ofrecido o he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo. Además, reconozco que una copia del aviso actual se publica en el área de recepción de cada clínica y se me ofrecerá una copia.

Firma (Paciente)

Fecha

Firma (Padre o Tutor/Madre o Tutor)

Fecha

Nombre- EN LETRA DE MOLDE

Nombre- EN LETRA DE MOLDE

Consentimiento telefónico y consentimiento para videollamadas para jóvenes de 12 a 17 años

Nombre del Testigo / Firma

Fecha

PNombre del Padre o Tutor/Madre o Tutor

No escriba debajo de esta linea

Medical Evaluation By:

Print Name

Full Signature & suffix

Administered By:

Print Name

Full Signature & suffix

Injection Site:

Vaccinate?

Yes No

Vaccine Lot

[Affix Label Here]