



Maine CDC Public Health Nursing EXAMEN DE SALUD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - Vacuna COVID-19

Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre la persona que va a ser vacunada.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Idioma preferido:
¿Tiene un seguro de salud? ☐ Sí ☐ No Si Sí: ☐ Público ☐ Privado	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario/X ☐ Transgénero ☐ Prefiere no revelar ☐ Otro _____		
Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico		Etnicidad: ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Otra raza ☐ Hispánico/latino ☐ No hispanico/no latino	
Dirección:	Ciudad/Código postal:	Teléfono:	

Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre la persona mencionada anteriormente.

	Sí	No
1. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? <i>En caso afirmativo, se requiere documentación.</i>	☐	☐
2. ¿Ha tenido, en los últimos 10 días, fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida nueva del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos o diarrea?	☐	☐
3. ¿Le han aconsejado aislar o poner en cuarentena en este momento?	☐	☐
4. ¿Está usted moderada o gravemente inmunodeprimido?	☐	☐
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia)? Por ejemplo, una reacción por la que fue tratado con epinefrina o EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital.	☐	☐
6. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a una vacuna anterior de COVID-19? Por ejemplo, ¿tuvo urticaria, hinchazón o sibilancias en las 4 horas siguientes a la vacunación?	☐	☐
7. ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis?	☐	☐
8. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos en los últimos 90 días?	☐	☐

PARA LOS RECEPTORES DE LA VACUNA <18 AÑOS DE EDAD, LOS TUTORES DEBEN MARCAR UNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS:

- ☐ Las vacunas de mi hijo **pueden hacerse** sin mi presencia.
☐ Las vacunas de mi hijo **solo pueden hacerse con** mi presencia.

PERMISO PARA VACUNAR

- Se me entregó una copia de la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia, que he leído o me han explicado esta hoja informativa, y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19.
- Entiendo que se introducirá un registro de esta vacunación en el Sistema de Información de Inmunización de Maine, ImmPact.
- Entiendo que se me aconseja permanecer en el sitio hoy durante al menos 15 minutos después de la vacunación.
- **Con mi firma, autorizo la administración de la vacuna COVID-19 a la persona arriba mencionada.**

X _____ Fecha: _____

Firma del tutor de la persona a vacunar o Firma del adulto a vacunar

X _____ Fecha: _____

Firma del intérprete

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:

Dosis	Fecha de administración de la dosis	Fabricante de la vacuna	Número de lote	Volumen de la dosis	Firma y credenciales del proveedor de la vacuna	Lugar de la inyección - Deltoides	Ruta	Fecha EE.UU.
Dosis 1 ____/____/____	/ /					Izquierdo	☐ IM	
Dosis 2 ____/____/____						Derecho		
Dosis 3 ____/____/____		Tarjeta de vacunación COVID-19 completada: ☐ S ☐ N				Temperatura:		