



Por favor llene este formulario completo. No Podemos administrar la vacuna asta que toda la informacion en este formulario este completo. Gracias por su cooperacion

SECCION 1:

COVID-19: Razon de clasificacion de la vacuna, por favor elegir todo lo que se aplica :

- Edad de 75 anos o mas Edad de 65 anos o mas
- Empleados de primeras respuestas (bomberos,policias, personal de ambulancias, paramedicos)
- Oficial penitenciario Trabajadores de la alimentacion y la agricultura
- Trabajadores del servicio postal estadounidense Trabajadores de la fabricacion
 Trabajadores de la tienda de alimentacion
- Trabajadores del transporte publico Sector de la educacion Trabajador de guarderia
- Mgistrado (incluyendo pero no limitado a juez circuito, juez de distrito, fiscales de distrito)

INFORMACIÓN SOBRE USTED (POR FAVOR IMPRIMA)

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Ano: _____

Numero de telefono: (_____) _____

Direccion: _____ Apartamento #: _____ Ciudad: _____
Estado: _____Codigo Postal: _____

Raza: American Indian or Alaska Native Native Hawaiian or other Other Asian
 Unknown Asian

Pacific Islander Other Nonwhite Black or African American White
 Other Pacific Islander

Etnia: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Unknown

Sexo: Femenino Masculino

Numero de identificacion de seguro medico #: _____

Numero de grupo de seguro medico #: _____

Nombre de copmania de seguro medico: _____

Numero de telefono de compania de seguro # _____

Nombre del asegurado: _____ Relacion al asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

¿Es esta la primera o la segunda dosis de la vacuna COVID-19 para el paciente?

Primer Dosis **Segunda Dosis**

Si es el Segundo dosis cual compania fue el primer dosis? _____

SECCION 2: Preguntas sobre el COVID-19: Por favor de escoger **SI** o **NO** para cada pregunta

1. Tiene hoy o ha tenido alguna vez en los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto o olor, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos o diarrea? **SI** **NO**

2. Ha dado positivo o le han diagnosticado una infección por COVID-19 en los últimos 10 días?

SI **NO**

3. Ha tenido una reacción alérgica grave (por Ejemplo: Necesita epinefrina o atención hospitalaria) a una dosis anterior de esta vacuna o a alguno de los componentes de esta vacuna? **SI** **NO**

4. Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días (por ejemplo, vacuna contra la influenza, etc.)

SI **NO**

5. Ha recibido alguna terapia con anticuerpos COVID-19 en los últimos 90 días? (por ejemplo, Regeneron, Bamlanivimab, plasma convalescente COVID, etc.) **SI** **NO**

6. Lleva un-Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y / o tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o látex? **SI** **NO**

7. Para las mujeres, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada?

SI **NO**

8. Para las mujeres, ¿está amamantando actualmente? **SI** **NO**

9. Está inmunodeprimido o toma algún medicamento que afecte su sistema inmunológico?

SI **NO**

10. Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un medicamento anticoagulante / anticoagulante?

SI **NO**