



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

SECCION 1:

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

- Edad 55 anos o mas Trabajador Escencial: _____(tipo)
- Empleados de primeras respuestas Trabajadores de la alimentacion/agricultura/service postal/fabricacion
- Edad 16-55 con condicion de salud: _____ ingrese la condición (debe obtener la aprobación de tu doctor)
- Trabajadores del transporte publico Sector de la educacion Trabajador de guarderia
- Magistrado (incluyendo pero no limitado a juez circuito, juez de distrito, fiscales de distrito)

INFORMACIÓN SOBRE USTED (POR FAVOR IMPRIMA) Si no tiene seguro medico escribe SIN SEGURANZA donde pide seguridad. No hay ningún costo para nadie, pero debemos presentar una solicitud de seguro si tiene seguro.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Fecha De Nacimiento: _____ Numero de telefono: (_____) _____
Direccion: _____ Apartamento #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Codigo Postal: _____

Raza: American Indian or Alaska Native Native Hawaiian or other Unknown Asian
 Pacific Islander Other Nonwhite Black or African American White Other Pacific Islander Other Asian

Ethnia: 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 escojer **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 oa 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 convaleciente 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**