Maricopa County Department of Public Health Consent for Immunization
PLEASE PRINT

Office Only
ASIIS #: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Masculino □ Femenino □ Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Edad: _____

Raza: □Blanco □Asiático □Afroamericano □Hispano □Nativo Americano o Nativo de Alaska □Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico □Otro

Origen Étnico: □Hispano o Latino □No Hispano ni Latino

Tiene usted aseguranza para vacunas? No □ Si □

Nombre de la Aseguranza:_____ ID/# de SS_____

A los pacientes a vacunar:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no deberíamos administrarle la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 el día de hoy. Si usted responde "Sí" a cualquier pregunta, no necesariamente significa que no deba vacunarse, solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que le explique más detalladamente.

1. Tiene usted antecedents de reacciones alérgicas severas a algún componente de la vacuna, especificamente al polietilenglicol o PEG?
   Sí □ No □
   Si su respuesta es sí, diríjase a una consulta con un médico.

2. Tiene usted antecedents de reacciones alérgicas severas a otra vacuna o medicamento inyectable?
   Sí □ No □
   Si su respuesta es sí, se recomienda observar durante 30 minutos

3. Si tiene usted una condición inmunocomprometida, está embarazada o amamantando, ha tenido la oportunidad de discutir la decisión de vacunarse con su proveedor de atención médica y/o está lista para continuar con la vacunación?
   Sí □ No □
   Si la respuesta es sí, proceda con la vacunación.
   Si la respuesta es no, proporcione una hoja informativa sobre inmunosupresión, embarazo y/o lactancia y salga de la fila para determinar si le gustaría vacunarse en ésta visita.

☐ **Me han entregado una copia de la HOJA INFORMATIVA PARA RECEPTORES Y CUIDADORES AUTORIZACION DE USO DE EMERGENCIA (EUA por sus siglas en Inglés) DE LA VACUNA COVID-19 PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN INDIVIDUOS DE 12 AÑOS EN ADELANTE.**

Firma del paciente/padre o tutor:_____Nombre Completo en letra molde:_____
Fecha_____

Staff Only:
Vaccine Administration: Pfizer-BioNTech vaccine □ Site:_____
Signature_____ Date_____
Vaccine label or lot number_____ Expiration Date_____ NDC number_____