



**Maricopa County Department of Public Health Consent for Immunization
PLEASE PRINT**

Office Only
ASIS #: _____

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 antecedentes de reacciones alérgicas severas a algún componente de la vacuna, específicamente al polietilenglicol o PEG?

Sí No

Si su respuesta es sí, diríjase a una consulta con un médico.

2. Tiene usted antecedentes 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 _____