



# COVID-19 Vaccine Administration Record

106 N. Jackson St, Suite 103, Mt. Pleasant, IA 52641

He venido por mi:  1<sup>ra</sup> Dosis  2<sup>da</sup> Dosis  Dosis de Refuerzo

Fecha en que se administró la primera dosis: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Fecha en que se administró la segunda dosis: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo la marca de la vacuna: Pfizer Moderna Johnson and Johnson

## Sección 1: Información de quien recibe la vacuna (Use letra de imprenta)

Nombre del Recipiente: \_\_\_\_\_  
Apellidos Primer Nombre Segundo Nombre. Nombre de Soltera

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer

Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Proveedor Primario de Salud: \_\_\_\_\_

## Section 2: Detección de elegibilidad para vacunas

¿La persona mencionada anteriormente tiene un sistema de inmunodeficiencia deprimido?  Sí  No

¿La persona alguna vez ha tenido reacción alérgica grave a alguna vacuna?  Sí  No

¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19?  Sí  No

Si ya recibió la vacuna COVID-19, ¿experimentó urticaria, dificultad respiratoria / sibilancias o anafilaxia dentro de las 4 horas posteriores a la aplicación de la inyección?  Sí  No  N/A

## Sección 3: Consentimiento

He leído o me han explicado la información proporcionada en la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) o la Declaración de información sobre la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las que me fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y pido que me administren la vacuna a mí o a la persona nombrada en esta forma por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. **Entiendo que la persona que reciba la vacuna COVID-19 debe permanecer en la clínica durante 15 minutos después de la vacunación.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*En el folleto de los CDC que recibió hoy se incluyen enlaces a las páginas con información para los beneficiarios sobre las vacunas contra el Covid 19 en EEUU y copias impresas de esa información está disponibles únicamente para quienes la soliciten.*

### Solo para uso del proveedor de atención médica

Date Vaccine Administered: \_\_\_\_\_ Injection Site (Deltoid):  Left  Right

Manufacturer: \_\_\_\_\_ Lot # \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_ Administered by: \_\_\_\_\_

Iowa Wesleyan University  
601 N. Main St.  
Mt. Pleasant, IA 52641

Calvary Baptist Church  
803 E. Maple Leaf Dr.  
Mt. Pleasant, IA 52641

First Presbyterian Church  
902 S. Walnut St.  
Mt. Pleasant, IA 52641