



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

NOVAVAX

COVID-19 Vaccine Administration Record

Actualmente la vacuna NOVAVAX se aplica únicamente a personas mayores de 18 años

Deseo recibir mi 1^{ra} Dosis 2^{da} Dosis (La primera dosis también debe haber sido la marca Novavax)

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

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

Nombre del Recipiente: _____
Apellidos Primer Nombre Segundo Nombre. Nombre de Soltera

Cualquier otro registro de vacunas podrían estar bajo los apellidos: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Número Telefónico: _____ Hombre Mujer

Section 2: Detección de elegibilidad para vacunas

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica severa al vacunarse? 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 recibí 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: _____