



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

MODERNA

COVID-19 Vaccine Administration Record

Tengo: entre 6 meses a 5 años 6-11 años 12 años o más

Deseo recibir mi 1^{ra} Dosis 2^{da} Dosis Refuerzo

Fecha en que se administró la primera dosis: _____ Señale la marca: Pfizer Moderna _____

Fecha en que se administró la segunda dosis: _____ Señale la marca: Pfizer Moderna _____

Fecha del último refuerzo administrado: _____ Señale la marca: Pfizer Moderna _____

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

¿Es usted inmunodeficiencias? (¿Su Sistema inmunológico es débil?) Sí No

¿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 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: _____