

# PFIZER

## COVID-19 Vaccine Administration Record

Tengo:  entre 6 meses a 4 años  5-11 años  12 años o más

Deseo recibir mi  1<sup>ra</sup> Dosis  2<sup>da</sup> Dosis  3.<sup>a</sup> dosis (si corresponde)  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: \_\_\_\_\_