|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Informacion Personal. Proveer informacion lo mas completa posible. Toda la informacion se mantendrá confidencial | | | |
| Apellido | **Nombre** | **Inicial del Segundo Nombre** | **Sexo (F/M)** |
|  |  |  |  |
| Número de Calle o PO Box | **Nombre de la Calle** | **Numero de Departamento** |  |
|  |  |  |  |
| Ciudad | **Condado** | **Estado** |  |
|  |  |  |  |
| Codigo Postal | **Telefono** | **Correo Electronico** |  |
|  |  |  |  |
| Fecha de Nacimiento | **Raza/origen étnico marque todo lo que corresponda** |  |  |
| MM DD AAAA | Asiatico  Afroamericano | Nativo de Hawái/Islas del Pacifico  Indio Americano/ Nativo de Alaska | Hispano/Latino  Blanco  Otro |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Informacion de Seguro Medico |  |  |  | Numero de Póliza del Seguro |
| Medicaid | Medicare | Otro/ Privado | No Seguro | # |

|  |
| --- |
| **Preguntas de Evaluacion de la Salud**  *\*\*Notas al pie de la página de precauciones / las contraindicaciones estan en el otro lado de este documento\*\** |
| 1. ¿Está enfermo hoy? |
| 2. ¿Tiene alergia grave a los alimentos, un componente de una vacuna o al látex? |
| 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de vacuna o algún medicamento? |
| 4. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave a algún componente de la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna? |
| 5. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en los próximos 14 días? |
| 6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? |
| 7. ¿Ha estado enfermo o se ha recuperado de una infección por COVID o ha recibido terapia con anticuerpos en los últimos 3 meses? |
| 8. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o afecciones?  Enfermedad pulmonar crónica (incluido el asma), enfermedad cardíaca, diabetes, enfermedad cerebral, de la médula espinal o de los músculos que provocan problemas pulmonares o para tragar, problemas del sistema inmunológico causados ​​por medicamentos y / o VIH, enfermedad renal, enfermedad hepática, trastornos sanguíneos |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identifique Categoría de Fase en la que se encuentra (Por favor elija solo una)** | |
| **1A-**Riesgo más alto: contacto directo con pacientes de COVID, personal / residentes de LTC(Por sus siglas en inglés) | **2-**Trabajadores esenciales y de mayor riesgo: 65 años o más, o individuos: 1) Con condiciones de salud subyacentes; 2) En contacto directo con el público; 3) Trabajar o servir a personas en entornos de alta densidad; 4) Trabajadores de atencion medica no incluidos en la Fase 1, y; 5) Quién recibió el placebo en Ensayos Clínicos. |
| **1B-**Riesgo moderado: EMS, bomberos, policía, correccionales, trabajadores de cuidados paliativos / hospicio, odontología, otros socorristas, servicios funerarios,  personal de primeros auxilios de COVID, trabajadores de asistencia medica con menos contacto directo con pacientes de COVID-19 | **3-**Público en general: de 18 a 64 años sin condiciones de alto riesgo |

**Autorización para administrar la vacuna COVID**

He leído o me han explicado, y entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, que fueron respondidas satisfactoriamente. Por la presente libero a este proveedor, a sus empleados y a sus voluntarios de cualquier responsabilidad por los resultados que puedan producirse por la administración de esta vacuna.