



VIRGINIA GARCIA Reconocimiento de Recibir Vacuna de COVID-19 (No Paciente)

PO BOX 6149, ALOHA, OREGON 97124

Esta información es para la persona que recibe la vacuna:

Apellido(s): _____ Nombre: _____ Nacido/da el: _____

Apellido(s) Anterior, si tiene: _____ Celular: _____ Otro Teléfono: _____

Dirección de Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Esta información ayuda a la Clínica Virginia García para asegurarse de que todos tengan acceso al mismo cuidado de salud:

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Identidad de Género: Masculino Femenino Non-Binario Decido no responder

Etnicidad (Marque una): Hispano o Latino No Hispano ni Latino

Raza (marque los que se apliquen): Nativo de Alaska Indio Americano Asiático Negro y Afroamericano
 Hawaiano y de Islas del Pacífico Blanco Decido no responder

Estado de trabajador agrícola: Trabajador agrícola migrante Trabajador agrícola temporal Ninguno/No se me aplica

Plan de Salud de Oregon: Sí Número de ID: _____ (CareOregon, YCCO, Trillium, otro) No

Lengua de preferencia para recibir información de la salud: _____	Sí	No	No Sé
1. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?			
• De ser sí, ¿cuál producto de vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro producto			
2. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? (Alto- no se vacune)			

3. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva de COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19?			
a. De ser sí, ¿recibió terapia con anticuerpos en los últimos 90 días? (Alto- no se vacune)			
b. De ser sí, ¿fue positiva su prueba en los últimos 10 días? (Alto- no se vacune)			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a algo (por ejemplo, anafilaxia)? Por ejemplo, ¿una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o por la que tuvo que ir al hospital?			
5. ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir la vacuna COVID-19? (Alto- no se vacune)			
6. ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?			
7. ¿Alguna vez se ha desmayado después de recibir alguna inyección?			
8. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?			
<input type="checkbox"/> Hoy se siente enfermo, con fiebre, con escalofríos, con tos			
<input type="checkbox"/> Sistema inmunológico debilitado o tomando medicamentos que afectan su sistema inmunológico			
<input type="checkbox"/> Condiciones de hemorragia o está tomando anticoagulantes			
<input type="checkbox"/> Embarazada o amamantando			

01/05/2021 CS321629-E Adaptado con agradecimiento de la lista de verificación de detección de la Coalición de Acción de Inmunización (IAC)

CONSENTIMIENTO: He recibido el formulario de Autorización de Uso de Emergencia (EUA, siglas en inglés). He revisado la información proporcionada y me han respondido mis preguntas. Estoy recibiendo la vacuna voluntariamente y sé qué hacer si tuviera efectos secundarios. Entiendo que se requiere que la Clínica Virginia García comparta información sobre la vacuna que me pongan con el registro estatal de vacunas.

For official use only: Vaccine Administration Documentation	
Person administering vaccine (name & credential): _____	Vaccine given: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Another product
Administration time: _____	Administration date: _____ Dose & unit: _____ Lot number: _____
Site: <input type="checkbox"/> Left deltoid <input type="checkbox"/> Right deltoid Other (indicate location) _____	
Route: _____	Vaccine expiration date: _____ EUA version date: _____