



FORMULARIO DE EXAMEN PARA VACUNAS COVID-19 2020-2021

Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo

2191 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401

Teléfono: 805-781-5500 | Fax: 805-781-5543 | www.slopublichealth.org

Información Demográfica

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de 2do: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (xxx-xxx-xxxx): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Peso (lbs): \_\_\_\_\_ Primer Nombre de Madre: \_\_\_\_\_

Genero: Masculino Femenino Se reusa a decir

RAZA: Indio Americano o Nativo de Alaska, Asiático, Nativo de Hawái u Otro Islas del Pacífico Otro, Negra o Africano-Americano, Blanca

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Información de Historial de Salud

- 1. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? (Si si, ¿qué producto?) Si No No Seguro/a
Pfizer Moderna Fecha de Dosis:
2. ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tuvo COVID-19? Si No No Seguro/a
3. ¿Se siente enfermo hoy? Si No No Seguro/a
4. ¿Está usted o podría estar embarazada o está amamantando en este momento? Si No No Seguro/a
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo? Por ejemplo, una reacción por la que fue tratado con epinefrina o EpiPen, o que tuvo que ir al hospital? Si No No Seguro/a
a. ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir una vacuna COVID-19? Si No No Seguro/a
b. ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable? Si No No Seguro/a
6. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante? Si No No Seguro/a
7. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado causado por algo como ¿Infección por VIH o cáncer o tomas medicamentos o terapias inmunosupresoras? Si No No Seguro/a
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como tratamiento para COVID-19? Si No No Seguro/a

Yo, el abajo firmante, certifico que toda la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.

Relación con la persona nombrada en este formulario:

Firma

Fecha

\*\*\*DE VUELTA A ESTE FORMULARIO PARA RECONOCIMIENTO DE HIPAA\*\*\*

~Do Not Write Below This Line~

Medical Evaluation By:
Print Name
Full Signature & suffix

Administered By:
Print Name
Full Signature & suffix

Injection Site:

Vaccinate?

Yes No

Input boxes for Yes/No

Vaccine Lot

[Affix Label Here]



## Reconocimiento de Información sobre la Vacuna, Prácticas de Privacidad y Testimonio

He leído o me han explicado la **Declaración de Información sobre Vacunas COVID-19**. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y solicito que se me la dé a mí o a la persona para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Enlace de Pfizer BioNTech **Declaración de información sobre vacunas COVID-19:** <https://www.fda.gov/media/144625/download>

Enlace de Moderna **Declaración de información sobre vacunas COVID-19:** <https://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua/eua-fact-sheet-recipients-spanish.pdf>

Enlace de Janssen (J&J) **Declaración de información sobre vacunas COVID-19:** [https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CDPH%20Document%20Library/COVID-19/JnJ\\_factsheet\\_es.pdf](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CDPH%20Document%20Library/COVID-19/JnJ_factsheet_es.pdf)

Por la presente reconozco que me han ofrecido o he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo. Además, reconozco que una copia del aviso actual se publica en el área de recepción de cada clínica y se me ofrecerá una copia.

\_\_\_\_\_  
Firma

Relación con la persona nombrada en este formulario:

Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre- EN LETRA DE MOLDE

### Consentimiento telefónico y consentimiento para videollamadas para jóvenes de 12 a 17 años

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo / Firma

Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor