



**Lista de verificación antes de la vacunación  
contra el COVID-19  
& Formulario de consentimiento**

Patient Label MRN:
DOB:
For LCHC only

**Seccion 1: Informacion del paciente (por favor escriba en letra de imprenta)**

Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento: / /	Edad:
-----------	---------	-----------------------------	-------

**Seccion 2: Informacion para determinar si usted debe recibir la vacuna de COVID-19**

Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.  Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.	Sí	No	No lo se	For LCHC use only (initial for any yes responses that you reviewed with patient) Form reviewed by: _____
1. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?  Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?  <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen/J&J <input type="checkbox"/> Otro producto:				Dose #
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?				Allergist (Y/N)
3. Ha tenido una reacción alérgica a una dosis previa a la vacuna de COVID-19?				No vaccine
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, al polisorbato, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.				Observation Time:
5. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?				Rebook online 14 days
6. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19 en los últimos 90 días?				Last 90 days? Rebook

**Seccion 3: Consentimiento**

Consentimiento para vacunación: He leído o me han explicado la hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna COVID-19 y entiendo los riesgos y beneficios. Recibiendo esta vacuna, yo entiendo que puedo experimentar síntomas como dolor de cabeza, dolores en el cuerpo, malestares generales y posible fiebre. Esto no indica que estoy infectado con COVID-19 mas bien que mi sistema inmune esta respondiendo a la vacuna. De acuerdo con, 105CMR 220.100, todas las inmunizaciones seran reportadas al Sistema de informacion para inmunizacion de Massachusetts con su siglas en Ingles (MIIS).

Firmando esta forma, yo doy mi consentimiento para recibir la vacuna de COVID-19 por mi propia voluntad y entiendo que puede ser que necesite obtener dos dosis de la vacuna dependiendo de la formulacion de la vacuna. Tambien entiendo que la vacuna esta siendo administrada bajo la Autorizacion de Uso de Emergencia (EUA) y aun no ha recibido aprobacion completa de la FDA. Yo le notificare a mi proveedor de cuidado primario o ire a la sala de emergencias si experimento una reaccion severa.

Firma de la persona que recibira la vacuna:	Fecha:
---	--------

**Section 4: Vaccine administration documentation**

Vaccinator Name:	Administration date:	Site: Right deltoid      Left deltoid
------------------	----------------------	--

Emergency Documentation Purposes only

Source: <input type="checkbox"/> State <input type="checkbox"/> Federal		
Manufacturer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Janssen	Lot #	Expiration Date