



## Registro de informes

Todas las secciones requeridas

Practice Name (1):

Ordering Provider (2):

Administering Provider (3):

### Información del paciente

Nombre del paciente (Apellido, Nombre)(4):

Sexo (6):  Masculino  Femenino

Si es menor de 18 años, el padre/tutor debe firmar a continuación

Dirección del paciente (5):

Fecha de nacimiento (7): / /

Etnia (8):  Hispana  No hispano

Ciudad, Estado, Código postal:

RAZA - Seleccione todos los que correspondan(9):  Caucásico/Blanco  Afroamericano/Negro  Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Hawaiano u otro isleño del Pacífico  Otro (Especificar):

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tienes una discapacidad física?  Si  No

### Información sobre la vacuna COVID: Imprima por favor

Vaccine Date (MM/DD/YYYY)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Manufacturer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vaccine Expiration Date (MM/DD/YYYY)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Lot Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VIS/EUA Date (MM/DD/YYYY)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Site (Check One): RD \_\_\_\_\_ LD \_\_\_\_\_ RA \_\_\_\_\_ LA \_\_\_\_\_ RT \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_

Route (Check One): IM \_\_\_\_\_ IT \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ NS \_\_\_\_\_ PO \_\_\_\_\_ SC \_\_\_\_\_

Priority Group / Phase

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Completa la siguiente sección y firme después de haber hablado con el médico.

Vacuna a administrar :  Primera vacuna  Segunda vacuna

Un círculo lleno junto a la vacuna (arriba) y mi firma (abajo) significa que se me ha proporcionado una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas apropiada y que he leído, o me han explicado, información sobre la enfermedad y la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios establecidos en la declaración recibida y pido que se administre la vacuna, como se indica.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre del firmante \_\_\_\_\_

Paciente Si el paciente menor de 18 años:  Padre  Guardián

Imprimir claramente