|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del paciente:  | Fecha de nacimiento       | Edad:      | Sexo: [ ]  M [ ]  F |
| Direción:       | Ciudad, estado y Código postal:       |
| Teléfono de casa:       | Teléfono móvil:      | SS#:       |
| Dirección de correo electrónico:       | Raza: [ ] Caucásico [ ] Negro o Afroamericano [ ] Asiático [ ]  Indio Americano o Nativo de Alaska [ ] Hispano [ ]  Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico[ ] Otro |
| Doctor principal:       | Teléfono de Doctor:       |
| Compruebe qué casilla(s) le describen: [ ] Trabajador esencial [ ] Primer Respondedor [ ] Trabajador Sanitario [ ] Persona con una condición crónica [ ] Residente de un centro de atención u otro entorno de grupo [ ] 65 años o más [ ] Nada de esta lista. |

**Historia Medica Pasada SÍ NO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Te sientes mal hoy? | [ ]  | [ ]  |
| ¿Ya ha recibido una vacuna COVID 19? | [ ]  | [ ]  |
| En caso afirmativo, ¿qué producto vacuna?[ ] Pfizer [ ] Moderna [ ] Otros:       Fecha:       |  |  |
| ¿Alguna vez has tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la que te trataron con epinefrina o EpiPen®, o para la que tuviste que ir al hospital? | [ ]  | [ ]  |
| * ¿Fue la reacción grave a alguna vacuna o medicamento inyectable?
 | [ ]  | [ ]  |
| * ¿Lleva un EpiPen®?
 | [ ]  | [ ]  |
| ¿Es alérgico al polisorbato o al polietilenglicol? | [ ]  | [ ]  |
| ¿Tienes un sistema inmunitario debilitado causado por algo como infección por VIH o cáncer o tomas medicamentos o terapias inmunosupresores? | [ ]  | [ ]  |
| ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tuvo COVID-19? | [ ]  | [ ]  |
| * En caso afirmativo, ¿cuándo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |  |
| ¿Ha tenido globulina inmune, anticuerpos monoclonales, suero convaleciente o una transfusión de sangre en los últimos 90 días (3 meses)? | [ ]  | [ ]  |
| En los últimos 2-14 días ha experimentado fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares / corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida de sabor u olfato, dolor de garganta, congestión o nariz con muescas, náuseas o vómitos, diarrea? | [ ]  | [ ]  |
| En los últimos 2-14 días usted es consciente de estar expuesto a alguien que dio positivo para COVID-19? | [ ]  | [ ]  |
| ¿Está embarazada o planea estar embarazada en los próximos 3 meses? | [ ]  | [ ]  |
| ¿Estás amamantando? | [ ]  | [ ]  |
| ¿Ha recibido otra vacuna o inyección en los últimos 14 días? | [ ]  | [ ]  |
| ¿Tienes un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante? | [ ]  | [ ]  |
| Enumere cualquier alergia: |

**Consentimiento Para Inmunizar: SÍ NO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Revisé una copia de la Autorización de Uso de Emergencia de la FDA de Vacunación (EUA) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los riesgos y beneficios de esta vacunación. | [ ]  | [ ]  |
| Entiendo efectos secundarios comunes pueden incluir enrojecimiento en el sitio de inyección, hinchazón, o dolor, hinchazón de los ganglios linfáticos en el brazo de inyección, dolores o dolor muscular, dolor en las articulaciones, fatiga, dolor de cabeza, temblores o escalofríos, fiebre, síntomas gastrointestinales, malestar general, y que los beneficios incluyen la prevención de la enfermedad. | [ ]  | [ ]  |
| Entiendo que se recomienda que me quede en el lugar 15-30 minutos después de la inyección. | [ ]  | [ ]  |
| Este registro de vacunación será reportado al Servicio de Seguimiento de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas y a los proveedores de atención primaria de salud. | [ ]  | [ ]  |
| Doy mi consentimiento para que se me administre la vacunación y que el inmunizador inicie el plan médico de emergencia si es necesario debido a una reacción a la vacunación. | [ ]  | [ ]  |
| Soy consciente de los posibles riesgos y efectos secundarios de la vacuna como se describe en la literatura, así como el riesgo de la enfermedad que previene. Por la presente renuncio a cualquier responsabilidad hacia Valmed Home Health & Pharmacy Solutions y/o su empleado administrador de posibles efectos adversos asociados con la administración de la vacuna. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar la reclamación y por la presente asigno todos los beneficios de seguros, Medicare, Medicaid y otros terceros pagadores por los servicios prestados. Me han ofrecido la Política de Privacidad de HIPAA. |
| Información del seguro (proporcione una copia)**[ ]**  Tarjeta de seguro médico (la vacuna está cubierta por el Estado y no se cobrará al seguro. La tarifa de administración se facturará al seguro).**[ ]**  Tarjeta de seguro para el beneficio de prescripción (la vacuna está cubierta por el estado y no se cobrará al seguro. La tarifa de administración se facturará al seguro).Si no tiene seguro, debe marcar la casilla a continuación para dar fe de que la siguiente información es verdadera y precisa:[ ]  No tengo ningún seguro, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno. |
|  |       |       |
| **Firma** Persona que recibe la vacuna o padre o tutor, si el destinatario es un menor  **Fecha** **relación (Si Menor)** |
| ***TO BE COMPLETED BY IMMUNIZER*** |
| **MODERNA COVID -19 Vaccine**(Nucleoside-modified mRNA encoding the viral spike (S) glycoprotein of SARS-CoV-2)**ROUTE:** Intramuscular (IM) **DOSE:** 0.5mL**Schedule:** First Dose followed by 2nd dose 28 days later.Storage: Freezer -13°to 5°F/Refrigerator 36° to 46°F up to 30 days prior to first use. After 1st dose has been withdrawn, store 36° to °77°F. Discard vial after 6 hours. Protect from light**Manufacturer:** Moderna Therapeutics | **First Dose**Site of Administration:[ ] Left Deltoid [ ]  Right Deltoid  | **Second Dose**Site of Administration:[ ] Left Deltoid [ ]  Right Deltoid |
|  | Lot #: Expiration: | Lot #: Expiration: |
|  | Signature/ Title/ DATE Administered | Signature/ Title/ DATE Administered |
| Next Dose Scheduled Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOTES:  |

[ ] Billed insurance [ ] BT or [ ] PRX  [ ] Faxed Completed Series Primary Healthcare Provider

[ ] Reported to TDH Immunization Tracking Service [ ] E-Care Plan Completed