

COVID-19 VACCINE SCREENING AND CONSENT FORM



Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Género: _____ Etnia (Circule uno): *Hispano no-Hispano*

Raza (circule uno): *Negro/Afroamericano Blanco Indio Americano Asiático otro*

- 1) ¿Está enfermo hoy? (fiebre, tos, dificultad para respirar, náusea/ vómito, en las últimas 24 horas) Sí No
- 2) ¿Se encuentra actualmente en su período de aislamiento o cuarentena debido al COVID-19? Sí No
- 3) ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a algo (alimentos, medicamentos, vacunas, etc.)? Sí No
- 4) ¿Ha recibido terapia con anticuerpos o plasma de convalecencia para el tratamiento con COVID en los últimos 90 días? Sí No
- 5) ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días? Sí No

El Departamento de Salud del Condado de Sauk participa en el Programa de Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR) ingresando las vacunas de los pacientes. Se requiere la participación en WIR para la administración de la vacuna COVID-19. Al recibir esta vacuna, usted acepta permitir que el Departamento de Salud del Condado de Sauk ingrese su registro de vacunación para COVID-19 en el WIR.

Nombre de Soltera de la Madre: _____

Se me ha entregado una copia de la hoja informativa de autorización de uso de emergencia de la FDA para la vacuna COVID-19. He leído la hoja informativa y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de esta vacuna y pido que me la administren a mí o a la persona por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Firma _____ Fecha y hora: _____

FOR OFFICE USE ONLY

*Place vaccine information
sticker here*

COVID-19 VACCINE INFORMATION
(Manufacturer/Lot number/Exp. date): _____

SITE OF INJECTION: RIGHT DELTOID LEFT DELTOID 1ST DOSE 2ND DOSE

SIGNATURE OF VACCINE ADMINISTRATOR: _____ DATE: _____