



FOR CMC PURPOSES ONLY	DO NOT WRITE IN THIS BOX
Vaccinator Reviewed Screening:	
Vaccination Anatomical Site:	
Vaccination Time:	
Vaccination Date:	

TÚ INFORMACIÓN

Nombre:			
Fecha de nacimiento:			
Dirección:			
Número telefónico:		Correo electrónico:	

Coloque "X" junto a una opción en cada columna.

Género:	Raza:	Etnicidad:
Femenino	Negra o Afroamericana	Hispana o Latina
Masculino	Blanca	No Hispana o Latina
Prefiero no responder	Indígena de las Américas o Nativa de Alaska	Desconocido
Otro	Asiática	Prefiero no responder
	Nativa de Hawaii u Otras de las Islas de Pacifico	
	Desconocido/No Reportado	

Si ES MUJER, por favor responde A & B.

- A. Estoy embarazada actualmente. Si No
 B. Estoy amamantando actualmente. Si No

¿Está enfermo actualmente? Si No

Indique cualquier alergia conocida. (Coloque "X" junto a cualquiera que se aplique)

Leche	Látex
Pescado (robalo, platija, bacalao)	Gelatina/Proteína de huevo
Huevos	Levadura
Mariscos Crustáceos (cangrejo, langosta, camarones)	Neomicina
Cacahuetes	Timerosal
Nueces de árbol	Otro
Trigo	
Soya	No hay alergias existentes o conocidas

Por favor, responde a todas las preguntas.

¿Alguna vez has tenido una reacción grave después de recibir una inmunización?

Sí No

¿Alguna vez te has desmayado o te has sentido mareado después de recibir una inmunización?

Sí No

¿Se le está tratando actualmente por un problema de salud a largo plazo, como enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia, otros trastornos sanguíneos?

Sí No

¿Actualmente estás siendo tratado por cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?

Sí No

¿Actualmente estás tomando cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o ha tenido tratamientos de rayos X?

Sí No

¿Tienes antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré?

Sí No

¿Has tenido un problema convulsivo, cerebral o nervioso?

Sí No

Durante el último año, ¿has recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha dado un medicamento llamado globulina inmune (gamma)?

Sí No

¿Estás embarazada o existe la posibilidad de quedar embarazada durante el próximo mes?

Sí No

Enumere las vacunas que hayas recibido en las últimas 4 semanas.

RECONOCIMIENTO DE VACUNACIÓN & CONSENTIMIENTO

He leído o me han explicado la Declaración de Información sobre Vacunas 2020-2021 para la vacuna Covid-19 y entiendo los riesgos y beneficios. Además, también he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre estas vacunas. Creo que los beneficios superan los riesgos y asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar de mi recepción de la inmunización. Mi historial médico puede ser compartido con mi médico u otro proveedor de atención médica. Pido que me den la inmunización. Por la presente libero el Centro Médico de Conway de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de, en relación con o de alguna manera relacionada con mi recepción de esta inmunización.

Por favor, no firme esto hasta que este aconsejado para su cita de vacunación.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____