

| INFORMACION DEL PACIENTE                         |  |                                |         |                 |                         |
|--|--|--------------------------------|---------|-----------------|-------------------------|
| Apellido:  |  | Nombre:                        |         | Nombre segundo: |                         |
| Dirección:                                       |  |                                | Ciudad: | Estado:         | Código postal: Condado: |
| Fecha de nacimiento:<br>___/___/___(Mes día año) |  | Sexo:<br>M / F                 | Edad:   | Teléfono:       | Correo electrónico:     |
| De la Madre Primer Nombre:                       |  | Nombre de soltera de la madre: |         |                 |                         |
| Raza:  |  |                                |         |                 |                         |
| Etnia:   |  |                                |         |                 |                         |

**INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNACIÓN COVID-19**

El Pfizer COVID-19 de la vacuna ha sido autorizada por la Food y Drogas Administración en virtud de una emergencia Uso Autorización, o EUA, basada en el asesoramiento de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en respuesta a la pandemia de COVID-19 en curso. El COVID19 vacuna ha no sido plenamente aprobado, pero está siendo hecho disponible bajo una EUA debido a científica evidencia apoyando la seguridad y la eficacia de la COVID-19 de la vacuna y el de la vacuna altamente favorable relación riesgo-beneficio.

McAllen ISD está autorizado a administrar el Pfizer COVID-19 Vacuna basada en la orientación desarrollado por el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para optimizar la vacuna respuesta, se va a recibir 2 dosis separadas por 21 días. Los efectos secundarios informados en el ensayo clínico de esta vacuna incluyen, entre otros, dolor en el lugar de la inyección, enrojecimiento o hinchazón, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, fiebre, dolor en las articulaciones, náuseas o inflamación de los ganglios linfáticos. Estos síntomas normalmente se resuelven en 24 horas y son generalmente leves, pero si es severa deben ser reportados a su salud cuidado proveedor y VAERS (enlace en la documentación proporcionada) .

Si los síntomas alérgicos severos se desarrollan (dificultad para respirar, dolor de pecho, mareos rápido latido del corazón, debilidad, la cara, la lengua o la garganta hinchazón, o erupción cutánea) después de su observación periodo es completa, por favor llame al 911 o proceder a la más cercana Hospital de Emergencias Departamento.

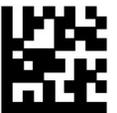
| LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN   |   |
|--|---|
| 1  | ¿Estas enfermo hoy?   |
| 2  | ¿Ha tenido fiebre en las últimas 48 horas?  |
| 3  | ¿Le han diagnosticado una infección por COVID-19 en los últimos 90 días?  |
| 4  | ¿Alguna vez ha tenido una reacción a algún componente de la vacuna COVID-19 (ARNm, varios ingredientes lipídicos diferentes)?   |
| <b>Si respondió "Sí" a las preguntas 1 a 4, le recomendamos que posponga la vacunación contra COVID-19 de la siguiente manera:</b>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está enfermo, espere hasta que sus síntomas se hayan resuelto. Si tiene COVID +, espere hasta que hayan transcurrido 90 días desde la prueba COVID-19 positiva.</li> <li>• No debe tomar la vacuna Pfizer COVID-19 si su primera vacuna COVID-19 fue producida por otro fabricante.</li> <li>• Si tiene antecedentes de anafilaxia a cualquier ingrediente de la vacuna Pfizer, NO PUEDE recibir esta vacuna según las pautas actuales.</li> </ul> |   |
| 5  | • No debe tomar la vacuna Pfizer COVID-19 si su primera vacuna COVID-19 fue producida por otro fabricante.  |
| 6  | • Si tiene antecedentes de anafilaxia a cualquier ingrediente de la vacuna Pfizer, NO PUEDE recibir esta vacuna según las pautas actuales.  |
| 7  | ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (anafiláctica) a una vacuna (que incluye dificultad para respirar, urticaria, hinchazón de la cara o la lengua, presión arterial baja, frecuencia cardíaca rápida) u otra reacción grave a una vacuna?  |
| <b>Si su respuesta a cualquiera de las preguntas 5, 6 o 7 es "Sí", notifique al personal para que podamos hacer las adaptaciones necesarias para observarlo más de cerca después de su vacunación, y si tiene tendencia a sangrar o tiene sangre. diluyentes, lo vigilaremos atentamente para detectar un posible lugar de inyección sangrado.</b>   |   |
| 8  | ¿Toma anticoagulantes o tiene un trastorno hemorrágico?   |
| 9  | Si su respuesta a cualquiera de las preguntas 5, 6 o 7 es "Sí", notifique al personal para que podamos hacer las adaptaciones necesarias para observarlo más de cerca después de su vacunación, y si tiene tendencia a sangrar o tiene sangre. diluyentes, lo vigilaremos atentamente para detectar un posible lugar de inyección |

| CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Se me ha proporcionado y he leído la Hoja de datos de la EUA para la vacuna COVID-19, el Formulario de consentimiento para la vacuna COVID-19 y cualquier información adicional proporcionada. He tenido la oportunidad de que un profesional médico responda a mis preguntas y entiendo que se necesitará una serie de dos vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios conocidos de la vacunación y entiendo que es posible que aún no se hayan establecido todos los riesgos. Yo sé que yo estoy consintiendo a esta vacuna serie bajo una EUA en respuesta a la COVID-19 pandemia. Yo solicito a proceder a la vacunación. Yo estoy de acuerdo con permanecer en el sitio durante 15 minutos después de la vacunación y que mi condición puede justificar después de la vacunación observación durante al menos 30 minutos. |                                   |
| Fecha:  | Tiempo: Relación con el paciente: |
| Nombre en letra de imprenta   | Firma                             |
| Administrado por McAllen ISD  | Fecha                             |

| Vaccine                | Vaccine Info   | Site   | Manufacturer | Lot #                        | Expiration Date |
|------------------------|--|--|--------------|------------------------------|-----------------|
| COVID-19 Vaccine       | Series <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd | Deltoid: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input checked="" type="checkbox"/> Pfizer |              | FK5127                       | 1/13/2022       |
| Date of Administration |  | Vaccine Administrator Signature/Title or Credentials   |              | Location M c A l l e n I S D |                 |



Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac 2)
Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre



(Llene a mano claramente)

\*Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Fecha de nacimiento, Sexo, Teléfono, Correo electrónico

Dirección del cliente, Núm. de apartamento o edificio, Ciudad, Estado, Código postal, Condado

Nombre de la madre, Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan): Indio americano, Asiático, Negro, Blanco, Otro. Grupo étnico (seleccione solo una): Hispánico, No hispano, Se negó a contestar.

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) ha sido designado como el sistema de notificación y seguimiento para las vacunas... El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas lo invita a que participe de forma voluntaria en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre y su divulgación a entidades autorizadas. Entiendo que, al otorgar el presente consentimiento, estoy autorizando la retención de mi información... Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se conserve mi información relacionada con un desastre...

Form fields for Client (parent, legal guardian, etc.), Name written in hand, Date, Signature

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide.

Una vez lleno este formulario, envíelo por fax o por correo al ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de atención médica registrado. ¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac DC Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2 Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.