

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Apellido:		Nombre:			Nombre segundo:		
Dirección:				Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Fecha de nacimiento: ___/___/___ (Mes día año)		Sexo: M / F	Edad:	Teléfono:		Correo electrónico:	
De la Madre Primer Nombre:		Nombre de soltera de la madre:					
Raza: Indio norteamericano o nativo de Alaska    Nativo de Hawái u Otras Pacífico    Asiático    Blanco    Negro o afroamericano    Otro							
Etnia: Hispano o Latino    No hispano o latino							

**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?	Si	No
2	¿Ha tenido fiebre en las últimas 48 horas?	Si	No
3	¿Le han diagnosticado una infección por COVID-19 en los últimos 90 días?	Si	No
4	¿Alguna vez ha tenido una reacción a algún componente de la vacuna COVID-19 (ARNm, varios ingredientes lipídicos diferentes)?	Si	No
<b>Si respondió "Si" 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	¿Tiene antecedentes de reacción alérgica grave a cualquier cosa además de una vacuna, incluidos otros medicamentos, picaduras de insectos o picaduras?	Si	No
6	¿Toma anticoagulantes o tiene un trastorno hemorrágico?	Si	No
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?	Si	No
<b>Si su respuesta a cualquiera de las preguntas 5, 6 o 7 es "Si", 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	¿Tienes un sistema inmunológico debilitado?	Si	No
9	¿Tiene antecedentes de convulsiones?	Si	No

**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.

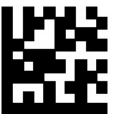
Fecha:	Tiempo:	Relación con el paciente:
Nombre en letra de imprenta	Firma	
Administrado por	Fecha	

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		



Texas Department of State Health Services

Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2). 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): Hispanico, No hispanico, 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 (o la de mi hijo menor de 18 años) en el registro de inmunización de Texas más allá del periodo de 5 años.

Form fields for signature and date: Cliente (o padre, tutor legal o titular de la custodia del cliente), Nombre escrito a mano, Fecha, Firma

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. ¿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.