

Formulario de inscripción del receptor y de suministro de la vacuna contra el COVID-19

Nombre completo del receptor: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección de correo electrónico del receptor: _____ No tiene correo electrónico
¿Ya está inscrito en el COVID-19 Vaccine Portal? Sí No
Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Código postal: _____ Condado: _____ Estado: _____
Mejor manera de contactarlo: SMS/Mensaje de texto Correo electrónico Ambos Ninguno
Raza del receptor: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico Blanco Otro
Origen étnico del receptor: Hispano o latino No hispano o latino
Género del receptor: Masculino Femenino Otro No quiero especificar
Preferencia de Idioma: Inglés Vietnamita Árabe Francés
 Español Hindi Otro Prefiero no responder
Discapacidades: No Discapacitado Cáncer Cognitiva (Psicológica o Psiquiátrica)
 Neurológica Física (Movilidad) Respiratoria
 Sensorial (Visión o Auditiva)
 Otra (Por favor especifique: _____)

Por la presente, doy mi consentimiento al proveedor de servicios de salud autorizado que administre la vacuna, según corresponda (cada uno de ellos, un "proveedor aplicable"), para que comparta mi información personal, demográfica y sobre mi estado de salud con el fin de proporcionarme servicios de vacunación para la vacuna contra COVID-19.

Firma del receptor _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Consent for COVID-19 Vaccine Obtained

Site of Injection: Right Deltoid, IM Left Deltoid, IM Other _____

Dose: First Dose Second Dose Additional Dose/Booster

Route: Intramuscular Subcutaneous Intradermal

Administration Date: ____/____/____ Administration Time: _____

Vaccine Product: Moderna Pfizer (12+) Janssen Pfizer (PEDS 5-11)

Moderna Dose Amount: Full Dose (0.50 mL) Half Dose (0.25 mL)

Lot #: _____ Exp: ____/____/____

Vaccine administered by (Clinician Name): _____ Signature _____

Vaccinating Clinic Name: _____