

CHRISTIANS PHARMACY
1032 MAIN STREET, FOREST PARK GA
COVID-19 INFORMACION DE VACUNA Y FORMA DE CONSENTIMIENTO

Nombre: _____			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Direccion: _____			
Calle	Cuidad	Estado	Código Postal
Teléfono: (_____) _____ -- _____			
SSN _____			
Fecha de Nacimiento: ____--____--____	Edad: ____	Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Lengua Primaria: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Otro _____
Etnicidad: (cheque 1) <input type="checkbox"/> No Hispánico <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No Identificado			
Raza: (cheque 1) <input type="checkbox"/> Asían/Polinesia <input type="checkbox"/> Moreno <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> No Identificado			

Por favor de respuesta al cuestionario de salud abajo:	Si	No	No Se
1. Estas enfermo hoy o actualmente en aislamiento por Covid-19?			
2. Has recibido una prueba de Covid-19 positiva en los ultimos 90 dias y recibio plasma de convalencia?			
3. Tienes alergia a cierta comida, ciertas vacunas, componente de vacuna, latex o polyethylene glycol?			
4. Tienes un autoinyector de adrenalina (Epipen) para reacciones alergicas graves?			
5. Has tenido una reaccion seria despues de recibir una vacuna o medicina de inyeccion intravenosa?			
6. Has recibido cualquier vacunacion en las ultimas dos semanas?			
7. Estas recibiendo actualmente terapia de anticoagulacion o tiene algun tipo de trastorno hemorragico?			
8. Tu o alguien que vive contigo o cuidas tiene un sistema inmunologico debil?			
9. Tu o alguien que vive contigo o cuidas toma esteroides, medicamentos contra el cancer o tratamientos de rayos x?			
10. Es posible que estes embarazada o puedas embarazarte en las proximas cuatro semanas?			
11. Estas amamantando actualmente?			

Me han dado una copia y he leído el Emergency Use Authorization (EUA) o el Vaccine Information Statement (VIS) para la vacuna Covid-19. He tenido la oportunidad de preguntar cuestiones que han respondido a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna pedida y que me administren esta vacuna o la persona nombrada que me ha dado autotiracion para hacer esta solicitud.

Mi firma reconoce que se me aconsejo que permaneciera en el lugar por 15 minutos despues de recibir la vacuna.
Aquellos con reacciones anafilacticas previas deben permanecer durante 30 minutos.

_____ X _____

Fecha Nombre Imprimido Firma

OFFICE USE ONLY			Record of Immunization				OFFICE USE ONLY	
Manufacturer	Lot #	Expiration	Dosage	Route	Site	EUA/VIS	Provider Signature/Date	