

<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b># ID/Passport</b>	<b># telefono</b>
<b>Direccion</b>	<b>Apartamento</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Codigo postal</b>
<b>Pais de Nacimiento</b>	<b>Seguro medico</b>	<b># Seguro medico</b>	<b>#grupo seguro</b>	<b>Payer ID</b>
<b>Hispano</b>	<b>Asiatico</b>	<b>Afro-americano</b>	<b>Anglosajon</b>	<b>Otras raices</b>

**Preguntas antes de vacunarse:**

1. Se siente enfermo **hoy**?.....Si No
2. **En los ultimas 30 días ha tenido:**  
 tos, fiebre, flema, malestar, diarrea, dolor de pecho, problema respirando?.....Si No  
 se ha expuesto a alguien con gripe o Covid? ..... Si No  
 ha salido positivo o enfermo de Covid?..... Si No
3. **En los ultimos 3 meses:**  
 Ha recibido tratamiento sanguineo/anticuerpos monoclonal para el Covid?..... Si No  
 Ha recibido alguna vacuna contra el Covid? .....Si No  
 Cual vacuna? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_
4. **Alguna vez ha tenido:**  
 Cancer?..... Si No  
 Quimoterapia?.....Si No  
 Desorden de la sangre, plaquetas, o tendencia a sangrar?.....Si No  
 SIDA u otro Problem de inmunidad?.....Si No  
 Intolerancia o sangrado con heparina?.....Si No  
 Alergias severas a cualquier sustancia que necesite tratamiento inyectable? .....Si No  
 Alergias a medicinas? .....Si No  
 Alergias a alguna vacuna?.....Si No  
 Alergias a polyethylene glycol (PEG), laxantes, preparativos para colonoscopia?....Si No  
 Implantes dermatologicos?.....Si No  
 Síndrome de Multisistema Inflamatorio?.....Si No  
 Explicar cualquier alergia y reaccion que le da: \_\_\_\_\_
5. **Actualmente toma estas medicinas:**  
 anticoagulante, aspirina, cumadina?..... Si No  
 medicinas para cancer?.....Si No  
 medicinas para transplantes?.....Si No
6. **Porque no se pudo vacunar antes?** \_\_\_\_\_
7. **Quien o como se convencio para vacunarse?** \_\_\_\_\_
8. **Quien falta vacunarse de su familia o trabajo?** \_\_\_\_\_
9. **Mujeres solamente:** Esta embarazada o lactando?.....Si No

**Para proveedor medico/enfermero o farmaceutico solamente**       Pfizer EUA fact sheet provided  
 Covid-19 vaccine, Pfizer 0.3 ml, Lot \_\_\_\_\_ Exp \_\_\_\_\_      Vaccine #1 #2  
 Administration deltoid site: Left      Right      Date \_\_\_\_\_      Place/City: \_\_\_\_\_  
 Name of vaccine administrator: \_\_\_\_\_      RN/MD/Rph Signature: \_\_\_\_\_