



Pfizer	1	2	3	Booster *
Pfizer Pediatric (5-11yrs)	1	2		
Moderna	1	2	3	Booster*
Janssen	1	-	-	Booster*

* **Booster:** Los pacientes pueden elegir la vacuna que desean recibir como refuerzo. Consulte a continuación la dosificación.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido del paciente Nombre		Número de teléfono		La edad	DOB
Dirección		Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Macho	femenino	Nombre del médico de atención primaria		¿Hispano o latino? sí No	
Raza: (seleccione uno o más) <input type="checkbox"/> Nativo americano \ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái \ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico \ Blanco <input type="checkbox"/> Mexicana / Puertorriqueña <input type="checkbox"/> Otro no blanco <input type="checkbox"/> Desconocido					
¿Ha tenido una infección previa por COVID? Fecha: _____ ¿Hospitalizado? sí No ** ¿Está actualmente vacunado contra COVID? Sí No Vacuna: _____ Fecha: _____ ¿Ha recibido infusión ambulatoria de anticuerpos monoclonales? Sí, Fecha _____ No Desconocido ¿Ha recibido plasma de convalecencia mientras estaba hospitalizado? Sí, Fecha _____ No Desconocido					
Lea atentamente y responda las siguientes preguntas de salud:					
1. ¿La persona que va a ser examinada / vacunada está actualmente enferma o tiene fiebre superior a 100.4 ° F?					Sí No
2. ¿Ha recibido el paciente vacunas en las últimas 2 semanas? Especificar:					sí No
3. ¿Tiene el paciente alguna alergia a medicamentos, alimentos, componentes de vacunas o látex?					sí No
4. ¿Ha tenido el paciente una reacción grave a una vacuna en el pasado? Especificar:					Sí No
5. ¿Ha tenido el paciente problemas de salud con pulmones, corazón, riñón o enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), asma o un trastorno sanguíneo? ¿Está el paciente en tratamiento con aspirina a largo plazo?					sí No
6. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido convulsiones u otros problemas cerebrales o neurológicos?					sí No
7. ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH / SIDA u otros problemas del sistema inmunológico?					sí No
8. En los últimos 3 meses, ¿el paciente ha recibido algún tratamiento que pueda debilitar su sistema inmunológico, como esteroides, medicamentos contra el cáncer, quimioterapia o radiación?					Sí No
9. En los últimos 12 meses, ¿el paciente ha recibido una transfusión de sangre, productos sanguíneos o se le ha administrado inmunoglobulina? ¿O el paciente ha tomado algún medicamento antivirico?					sí No
10. ¿La paciente está embarazada, puede quedar embarazada en el próximo mes o amamantando?					sí No

MFG	AGE	INTERVAL	DOSE	EXT	SITE	ROUTE	LOT #	EXP DATE
Moderna	18+	2 doses, 28 days apart 3 rd dose >2mo *Booster >6mo	0.5ML 0.5ML 0.25ML	RT LT	Deltoid	IM		
Pfizer	12+	2 doses, 21 days apart 3 rd dose >2mo *Booster >6mo	0.3ML	RT LT	Deltoid	IM		
Pfizer Pediatric	5-11	2 doses, 21 days apart	0.2ML	RT LT	Deltoid	IM		
Janssen	18+	1 dose *Booster 2mo+	0.5ML	RT LT	Deltoid	IM		

Reconocimiento: Se me ha puesto a mi disposición la hoja de datos de la vacuna seleccionada anteriormente. He leído, me han explicado y entiendo la información de esta declaración, incluidas las posibles reacciones adversas, los componentes de la vacuna, los posibles riesgos y qué hacer después de la vacunación. Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de vacunación en el Registro de Inmunizaciones de Kansas para mí o en nombre de la persona nombrada a continuación.

Firma del paciente o padre / tutor Fecha

Proveedor de inmunizaciones de CHC / SEK Fecha



Pfizer	1	2	3	Booster *
Pfizer Pediatric (5-11yrs)	1	2		
Moderna	1	2	3	Booster*
Janssen	1	-	-	Booster*

* **Booster:** Los pacientes pueden elegir la vacuna que desean recibir como refuerzo. Consulte a continuación la dosificación.

The following is a list of ingredients for the Pfizer-BioNTech, Moderna, and Janssen COVID-19 vaccines reported in the prescribing information for each vaccine.

Description	Pfizer-BioNTech (mRNA)	Moderna (mRNA)	Janssen (viral vector)
Active Ingredient	Nucleoside-modified mRNA encoding the viral spike (S) glycoprotein of SARS-CoV-2	Nucleoside-modified mRNA encoding the viral spike (S) glycoprotein of SARS-CoV-2	Recombinant, replication-incompetent Ad 26 vector, encoding a stabilized variant of the SARS-CoV-2 Spike (S) protein
Inactive Ingredients	2[(polyethylene glucol)-2000]-N, N-ditetradecylacetamide	PEG2000-DMG: 1, 2-dimyristoyl-rac-glycerol, methoxypolyethylene glycol	Polysorbate-80
	1,2-distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine	1,2-distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine	2-hydroxypropyl-β-cyclodextrin
	Cholesterol	Cholesterol	Citric acid monohydrate
	(4-hydroxybutyl)azanediylbis(hexane6,1-diyl)bis(2-hexyldecanoate)	SM-102: heptadecane-9-yl 8-((2-hydroxyethyl)(6-oxo-6-(undecyloxy) hexyl) amino) octanoate	Trisodium citrate dihydrate
	Potassium chloride	Tromethamine	Sodium chloride
	Monobasic potassium phosphate	Tromethamine hydrochloride	Sodium hydroxide
	Sodium chloride	Acetic acid	Hydrochloric acid
	Dibasic sodium phosphate dihydrate	Sodium acetate	Ethanol
	Sucrose	Sucrose	Water for injection

Nota: Ninguna de las vacunas contiene huevos, gelatina, látex ni conservantes. Tanto las vacunas Pfizer-BioNTech como Moderna COVID-19 contienen polietilenglicol (PEG). El PEG es un ingrediente principal en los laxantes osmóticos y las preparaciones intestinales orales para procedimientos de colonoscopia, un ingrediente inactivo o excipiente en muchos medicamentos, y se usa en un proceso llamado "pegilación" para mejorar la actividad terapéutica de algunos medicamentos (incluidos ciertos quimioterapéuticos). Además, puede producirse una hipersensibilidad de reacción cruzada entre el PEG y los polisorbatos (incluidos como excipiente en algunas vacunas y otros agentes terapéuticos). La información sobre los ingredientes activos o inactivos de las vacunas y los medicamentos se puede encontrar en el prospecto. CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES'

Nombre (letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

No hay ningún costo de bolsillo por la vacuna COVID-19:

CHC / SEK facturará al seguro comercial únicamente la tarifa de administración de la vacuna COVID. Si el seguro niega el reclamo por cualquier motivo, no se le cobrará al paciente. No se cobrará dinero a ningún paciente, independientemente de su estado de seguro. Si está proporcionando una copia de la información de su seguro, proporcione una copia tanto del anverso como del reverso de la tarjeta del seguro.

Seguro primario

Plan de seguro _____
 Número de identificación de miembro _____
 Número de grupo _____

Información del titular de la póliza

Nombre completo _____
 Fecha de cumpleaños _____
 Número de seguridad social _____
 Relación con el paciente _____
 Empleador _____

Seguro secundario

Plan de seguro _____
 Número de identificación de miembro _____
 Número de grupo _____

Información del titular de la póliza

Nombre completo _____
 Fecha de cumpleaños _____
 Número de seguridad social _____
 Relación con el paciente _____
 Empleador _____