



# Douglas County Health Department

Departamento de Salud del Condado de Douglas

\*\*\* ¿ES ALÉRGICO AL LÁTEX? DÍGALE A LA ENFERMERA SI ES\*\*\*

Escriba el nombre con letra de imprenta **EXACTAMENTE** como está en la tarjeta de Medicare: (si corresponde)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: M F  
PRIMER SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

TELÉFONO PRINCIPAL #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

- He leído o me han explicado la información de la hoja informativa sobre la autorización de uso de emergencia de la **vacuna Pfizer Covid-19**. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna Covid-19 y pido que me la administren a mí oa la persona nombrada a continuación para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.
- Yo, el abajo firmante, acepto voluntariamente que se me administre la vacuna Covid-19 (oa la persona nombrada anteriormente). He completado el formulario de prevacunación. La persona que recibe esta vacuna goza de buena salud en este momento y no es alérgica al látex. Entiendo que es necesaria una consulta médica antes de tomar la vacuna para personas que tienen antecedentes de trastornos hemorrágicos o que toman un anticoagulante o que alguna vez han tenido reacción alérgica grave u otros problemas después de recibir cualquier vacuna.
- Doy mi consentimiento para permitir que la información de este formulario, así como el formulario de registro del paciente, se ingrese según sea necesario en el Registro de Inmunizaciones de Illinois (ICARE) y en el sistema de facturación electrónica de LCHD.
- Se me ha proporcionado información sobre V-Safe, una herramienta de monitoreo de seguridad basada en teléfonos inteligentes administrada por CDC, y el servicio de mensajería VaxText para recordatorios de segunda dosis.
- No responsabilizaré al Departamento de Salud del Condado de Douglas ni a la enfermera que administra la vacuna por ninguna reacción adversa que pueda resultar de esta vacuna.
- Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar un reclamo de Medicare, Medicaid o mi Seguro medico, si corresponde. Solicito el pago de beneficios al Departamento de Salud del Condado de Douglas.
- Se me ha proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FOR NURSE USE ONLY:

Fact Sheet Provided: \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Vaccine Information:

2<sup>nd</sup> Dose Required: \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Manufacturer: Pfizer

Lot #:

Dosage: 0.3ml

Expiration:

Site: Left Deltoid Right Deltoid

Nurse Signature: \_\_\_\_\_

Date/Time Administered: \_\_\_\_\_