

Providence Community Pharmacy

803 Providence Road, Suite 101 Wayne, NE 68787 402-375-8862

Paciente Nuevo

Formulario de Acuerdo y Evaluacion de Vacunacion Covid-19

Nombre: _____ DOB: ____/____/____ Edad: _____ Gender: M F
(Nombre de Paciente)
Direccion : _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Zip: _____ Email: _____ Telefono: _____ - _____ - _____
Empleador _____ Telefono de Empleador: _____ - _____ - _____
Proveedor Medico: _____ Dirreccion de Proveedor: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion al Paciente _____ Telefono: _____ - _____ - _____

Por Favor Marque la Respuesta

- | | | |
|---|----------|----------|
| 1. Se siente enfermo/a hoy? | _____ Si | _____ No |
| 2. Tiene alergias a medicaciones, vacunas o necesita cargar con un epipen para posibilidad de reaccion alergica? | _____ Si | _____ No |
| 3. Ha tenido alguna vez una reaccion alergica a una vacuna? | _____ Si | _____ No |
| 4. Ha recibo cualquier tipo de vacuna entre los ultimo 14 dias? | _____ Si | _____ No |
| 5. Tiene alguna condicion de salud cronica, como problemas del corazon, COPD, diabetes? | _____ Si | _____ No |
| 6. Tiene alguna enfermedad inmunodeprimida, como tratamiento contra el cancer, VIH/SIDA, trasplante coclear? | _____ Si | _____ No |
| 7. Ha recibido plasma convalescente o una infusion de anticuerpos monoclonal como bamlanivimab o regeneron entre los ultimos 90 dias? | _____ Si | _____ No |
| 8. Este embarazada, amamantando o planeando en embarazarse en los proximos 60 dias? | _____ Si | _____ No |
| 9. Alguna vez a dado positivo por Covid-19? | _____ Si | _____ No |
| 10. Ha tenido algunos de los sintomas siguientes entre los ultimos 14 dias? Si su respuesta es si marque los sintomas abajo | _____ Si | _____ No |
- Fiebre, escalofrios, esputo/flema, dificultades respirando, le falta el aire, cambio o perdida del olfato/gusto, cansancio, perdido de apetito, dolor de cabeza, dolor de garganta, congestion, nausea, vomito, diarreha, dolors de musculo/cuerpo, secrecion nasal

Para respuestas marcadas "Si" consulte con su proveedor medico antes que le administren la Vacuna

He leído la informacion o he tenido la informacion explicada a mi. He tenido el chance de preguntar preguntas y han sido respondidas a mi satisfacion. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la Vacuna de Covid-19 y pido que den la vacuna o a la persona nombrada arriba por la que yo tengo autorizacion para hacer esta requesta. Yo acepto la responsabilidad por buscar atencion medica por qualquier problema con esta vacunna.

Firma: _____

Immunization Personne

SITE: Right Arm _____ Left Arm _____ Lot#/Expiration Date: Janssen Lot: 1808609 Exp 6/9/2021

Prescribed/Administered by: _____

BIN# _____ PCN# _____ ID _____ Rx Group _____
