



BALLINGER MEMORIAL HOSPITAL DISTRICT  
 Ballinger Memorial Hospital • Ballinger Hospital Clinic • Keel Drug  
 608 Avenue B • 2001 Hutchins Ave • Ballinger, TX 76821  
 (325) 365-2531 • (325) 365-5737 • (325) 365-3505

<b>J</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	Initials _____
1st	2nd	3rd	R L
Lot # _____			
Exp Date _____			
DOB: _____			
Ht: _____ Wt: _____			

## COVID-19 Vaccine Consent Form

Para los receptores de la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna COVID-19 hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Solo significa que se pueden hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Office Use Only

	Sí	NO
<b>1</b> ¿Te sientes enfermo hoy?		
<b>2</b> ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?		
• En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> J&J/Janssen <input type="checkbox"/> Other _____		
¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación COVID-19 u otra documentación?		
<b>3</b> ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave (p. Ej., Anafilaxia) que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que provocó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)		
• una dosis previa de la vacuna COVID-19		
• un componente de una vacuna COVID-19, que incluye cualquiera de los siguientes:		
• Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, comprimidos recubiertos con película y esteroides intravenosos.		
• Polietilenglicol (PEG) que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia		
<b>4</b> ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otras vacunas (que no sean la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave (p. Ej., Anafilaxia) que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).		
<b>5 Marque todo lo que le corresponda:</b>		
<input type="checkbox"/> Soy una mujer de entre 18 y 49 años		
<input type="checkbox"/> Soy un hombre de entre 12 y 29 años		
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis.		
<input type="checkbox"/> Tuvo una reacción alérgica grave a algo que no sea una vacuna o terapia inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, veneno, medicamentos ambientales u orales.		
<input type="checkbox"/> Tenía COVID-19 y fue tratado con anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia (la vacuna debe posponerse durante al menos 90 días)		
<input type="checkbox"/> Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19		
<input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (es decir, infección por VIH, cáncer)		
<input type="checkbox"/> Tomar medicamentos o terapias inmunosupresores.		
<input type="checkbox"/> Tiene un trastorno hemorrágico		
<input type="checkbox"/> Toma un anticoagulante		
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT) (solo se recomienda la vacuna de ARNm)		
<input type="checkbox"/> Actualmente estoy embarazada o amamantando		
<input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos		
<input type="checkbox"/> Historia del síndrome de Guillain-Barré (GBS) (sugirió que se administre ARNm si está disponible)		

### 3a VACUNA REFORZADORA DE DOSIS

- El CDC recomienda una dosis de REFUERZO 8 meses después de la segunda dosis de una persona.  
 ¿Cuál fue la fecha de la segunda dosis? \_\_\_\_\_
- Los CDC recomiendan que las personas inmunodeprimidas de moderadas a graves reciban una dosis de REFUERZO al menos 28 días después de la segunda dosis de la persona.  
 ¿Cuál fue la fecha de la segunda dosis? \_\_\_\_\_

Reg _____
Doc _____
Imm _____
Scan _____

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre / cuidador

\_\_\_\_\_  
Formado Revisado por