

**Condado de San Bernardino**  
**Vacuna contra el SARS CoV-2 (COVID-19)**  
**Formulario de información para los empleados y la comunidad**

**FORMULARIO DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARS CoV-2**

Apellido (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Género:**

- Masculino  Femenino  
 No binario  
 Se niega a responder

**Raza:**

- Indio americano  Nativo de Alaska  Asiático  
 Nativo de Hawái  Nativo de otras islas del Pacífico  Negro o afroamericano  
 Desconocido  Blanco  Otro \_\_\_\_\_

**Etnia:**

- Hispano o latino  
 No hispano ni latino  
 Se niega a responder

**SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS CoV-2**

- Se le ofrece la vacuna contra la COVID-19 para prevenir la enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19). La FDA ha autorizado el uso de emergencia de esta vacuna. La hoja informativa que se le entrega incluye información que lo ayudará a entender los riesgos y los beneficios de recibir esta vacuna.
- La vacuna contra la COVID-19 no contiene SARS CoV-2 ni le causará la infección de COVID-19.
- La vacuna de Pfizer-BioNTech consiste en una serie de dos dosis que se administran en el músculo deltoides con tres semanas de diferencia. La vacuna de Moderna implica dos dosis administradas con 28 días de diferencia. La serie de vacunas debe completarse con el mismo tipo de vacuna que recibió contra la COVID-19. La vacuna de Janssen es una vacuna de una sola dosis.
- La vacuna contra el SARS CoV 2 se ofrece **sin costo** por medio del Condado de San Bernardino.

**SECCIÓN II: COMPLETE ESTA PARTE SI RECIBE LA VACUNA (es posible que lo deriven a su médico personal si hay preguntas a las que respondió "SÍ"). Conteste estas preguntas marcando "SÍ" o "NO".**

1. ¿Tuvo un brote reciente de fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolores de cabeza, un episodio reciente de pérdida del gusto o del olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea durante los últimos diez días? (En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda).	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a otra vacuna o medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a algo por lo que fue tratado con epinefrina, EpiPen o tuvo que ir al hospital?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4. En los últimos diez días, ¿ha tenido un resultado positivo por la infección de COVID-19 o lo controlan actualmente por la infección de COVID-19 (por ejemplo, está en cuarentena)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5. En los últimos 90 días, ¿ha recibido plasma de un paciente convaleciente o una infusión de anticuerpos monoclonales como parte del tratamiento contra la infección por COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
6. <b>Para mujeres:</b> ¿Está embarazada actualmente, planea quedar embarazada en las próximas cuatro semanas o está amamantando o en periodo de lactancia? <input type="checkbox"/> N/C	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Marque si la persona que recibe la vacuna es menor de 18 años. Nombre del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Se me entregó la hoja informativa de la vacuna, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibí respuestas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra el SARS CoV-2 y que se ofrece de conformidad con una Autorización para uso de emergencia, según se indica en el título 21 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.) 360bbb-3(e)(1)(A)ii(III). Libero al Condado de San Bernardino, sus empleados y representantes de cualquier obligación o subsiguiente responsabilidad relativa a la administración de la vacuna. Entiendo que, independientemente de recibir la vacuna contra el SARS CoV-2, permanecen vigentes las medidas universales de control de fuente, que incluyen el uso de mascarilla, el distanciamiento social y las recomendaciones de las autoridades federales, estatales y locales, hasta que haya otras instrucciones.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III: SOLO PARA USO INTERNO: Registro de vacunación contra el SARS CoV-2**

Vacuna: Vacuna contra la Covid-19 <input type="checkbox"/> Dosis 1 <input type="checkbox"/> Dosis 2	Fecha de administración de la vacuna:
Fabricante:	Dosis: _____ ml Vía: Intramuscular (IM)
N.º de lote:	Lugar: <input type="checkbox"/> Deltoides izquierdo <input type="checkbox"/> Deltoides derecho
Fecha de caducidad:	Vacuna administrada por:
Hoja informativa de la Autorización por Uso de Emergencia (EUA) o Declaración Informativa de la Vacuna (VIS) entregada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Título: <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> LVN <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> _____
Fecha de la VIS: (actualmente bajo el estado de Administración de uso de emergencia, EUA)	
Cita para la 2.ª dosis	Día Hora