

Favor de escribir en letras de imprenta:

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **DOB:** _____

Dirección: _____ **Empleador:** _____

Correo Electrónico (Email): _____ **Núm. de Teléfono:** _____

Favor de contestar las preguntas siguientes	1ª Dosis	
	Sí	No
1. ¿Tiene menos de 18 años? (La vacuna de marca Johnson y Johnson se administra únicamente a personas de 18 años y mas)		
2. ¿Está enfermo/a hoy?		
3. ¿Alguna vez en los últimos 10 días ha recibido diagnóstico de COVID y está actualmente en aislamiento?		
4. ¿Alguna vez en los últimos 90 días ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente como tratamiento de COVID-19?		
5. ¿Usted tiene VIH, u otra afección inmunocomprometida, o está sometido/a a un tratamiento de medicamentos o terapias inmunosupresoras?		
a. ¿Al ser así, usted ha consultado con un médico para aconsejarle acerca de la vacuna contra el COVID-19?		
6. ¿Usted tiene alguna alergia a algún componente de la vacuna? (haga referencia a la hoja informativa del EUA: Johnson y Johnson)		
7. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica seria o anafilaxis a una vacunación anterior u otro medicamento inyectado (intravenoso, subcutáneo, o intramuscular)?		
8. ¿Está embarazada o en periodo de lactancia?		
a. ¿Al ser así, usted ha consultado con un médico para aconsejarle acerca de la vacuna contra el COVID-19?		
9. ¿Usted ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días o tiene intención de recibir otra vacuna en los próximos 14 días?		

He recibido y leído la hoja informativa de la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) con respecto a los efectos secundarios posibles, riesgos, y contraindicaciones de la vacuna contra el COVID-19. Sioux Center Health divulgará esta inmunización al registro adecuado de datos estatales.

Firma y Fecha:

Firma: _____ Fecha: _____

ADMINISTRATIVE USE ONLY Para Uso Administrativo Únicamente:

1 st DOSE - Vaccine	Emergency Use Authorization : Johnson y Johnson COVID-19 Vaccine		
Date & Time Vaccine Administered	Vaccine Manufacturer/Lot Number/Expiration Date	Site	Signature & Title of Vaccine Administrator
		IM Deltoid: Location (circle one) Left Right	

Observation Time (circle one): 15 minutes 30 minutes