

**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 |    | 2ª Dosis |    |
|--|----------|----|----------|----|
|  | Sí       | No | Sí       | No |
| 1. ¿Tiene menos de 18 años? (La vacuna de marca Moderna 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: <a href="#">Moderna</a> )                            |          |    |          |    |
| 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. Avera divulgará esta inmunización al registro adecuado de datos estatales.

Firma y Fecha:

1ª dosis: \_\_\_\_\_ 2ª dosis: \_\_\_\_\_

**ADMINISTRATIVE USE ONLY Para Uso Administrativo Únicamente:**

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

Observation Time (circle one):      15 minutes      30 minutes

|                                  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|
| 2 <sup>nd</sup> Dose – Vaccine   | Emergency Use Authorization : Moderna COVID-19 Vaccine |  |  |
| Date & Time Vaccine Administered | Vaccine Manufacturer/Lot Number/Expiration Date        | Site   | Signature & Title of Vaccine Administrator |
|                                  |  | IM Deltoid: Location (circle one)<br>Left      Right |  |

Observation Time (circle one):      15 minutes      30 minutes