

**FORMULARIO DE PERMISO PARA VACUNA PFIZER COVID-19 de
BRUNSWICK COUNTY HEALTH SERVICES**

Nombre legal del Niño/a: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 Nombre del Padre/Tutor Legal (en letra molde): _____
 Dirección de correo electrónico del receptor: _____ No tiene correo electrónico
 El mejor número de teléfono para comunicarnos con usted si necesita llamarlo durante la visita de su niño/a:
 Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Código postal: _____ Condado: _____ Estado: _____
Raza: indio americano/nativo de Alaska asiático Negro/afroamericano
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico Blanco Otro
Origen étnico: Hispano o latino No hispano o latino
Género: Masculino Femenino Otro No quiero especificar
Preferencia de Idioma: inglés vietnamita árabe francés
 Español Hindi Otro Prefiero no responder
Discapacidades: No Discapacitado Cáncer Cognitiva (Psicológica o Psiquiátrica)
 Neurológica Física (Movilidad) Respiratoria
 Sensorial (visión o Auditiva) Otra (Por favor especifique): _____

Persona que lleva a su (s) hijo (s) a la clínica: _____
 Relación con el (los) niño (s): _____

Ponga sus iniciales y firma a continuación para dar consentimiento para que Brunswick County Health Services vacune a su hijo/a.

____ **Certifico que soy:** el padre o tutor legal del paciente menor. Además, por la presente firma, doy mi consentimiento para que el proveedor de atención médica autorizado para suministrar la vacuna, según corresponda (cada "proveedor aplicable"), comparta mi información personal, demográfica y de mi estado de salud con el fin de brindarme servicios de vacunación contra el COVID-19.

LAS VACUNAS SON GRATUITAS PARA TODOS, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE TENGA SEGURO O NO.

Entiendo que mi firma sirve como "firma legal en el archivo" para propósito de consentimiento, presentar reclamos de seguro y Medicaid y pago de beneficios a BCHS por los servicios de administración de vacunas prestados.

 Firma de Padre/Tutor _____ Fecha

Lista de control de prevacunación para las vacunas COVID-19			Sí	No	No Se
1. ¿Su hijo/a se sientes enfermo/a hoy?					
2. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una reacción alérgica a: (Esto incluirá una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevo al hospital. También incluirá una reacción alérgica que ocurrió dentro de 4 horas.)					
<ul style="list-style-type: none"> • Un componente de la vacuna COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, ¿cómo laxantes y preparaciones para el procedimiento de colonoscopia? • Polisorbato 					
3. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis])					
4. Marque todo lo que corresponda a su hijo/a: <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales. <input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente. <input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19. <input type="checkbox"/> Tengo el sistema inmunitario debilitado (ejemplo, infección por el VIH, cáncer). Uso medicamentos o terapias inmunodepresores. <input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico. <input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT). <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)					