

**FORMULARIO DE PERMISO PARA VACUNA PFIZER COVID-19 de  
BRUNSWICK COUNTY HEALTH SERVICES  
LAS PAGINAS DELANTERA Y TRASERA DEBEN ESTAR COMPLETAS**

Nombre legal del Niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad del niño: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

**Marque la vacuna Covid que desea que los Servicios de Salud del Condado de Brunswick le den a su hijo:**

- Pfizer serie primaria y refuerzos (versión apropiada para la edad)
- Moderna refuerzos (versión apropiada para la edad)

**Escriba su nombre y firme a continuación para dar su consentimiento para que los Servicios de Salud del Condado de Brunswick vacunen a su hijo/a.**

I, \_\_\_\_\_ **Certifico que soy:** el padre o tutor legal del paciente menor. Además, por la presente firma,  
(Escriba su Nombre)

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, INDEPENDIEMENTE 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 siente enfermo/a hoy?   |    |    |       |
| 2. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una reacción alérgica a:<br>(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"> <li>• 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?</li> </ul>   |    |    |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polisorbato</li> </ul>  |    |    |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una dosis previa de la vacuna COVID-19</li> </ul>   |    |    |       |
| 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])  |    |    |       |
| <p>7. Marque todo lo que corresponda a su hijo/a:</p> <p><input type="checkbox"/> Tuvo una reacción alérgica grave (e.g., anafilaxia) a algo (comida, animales, veneno, medio ambiente o medicamentos)?</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes de miocarditis o pericarditis</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por Covid -19</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes de un síndrome inmunomediado con trombosis trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina (HIT), O historia de síndrome de trombosis con trombocitopenia (TTS)</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes de síndrome de Guillain-Barré (GBS)</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes de enfermedad previa por Covid-19 o prueba (+)      Fecha: _____</p> |    |    |       |