

Site: \_\_\_\_\_

Appointment Time: \_\_\_\_\_

Registración para Unidad de Vacunación Móvil del Condado de Essex  
*POR FAVOR ESCRIBA CLARO*

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Municipalidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Información Demográfica:**

**Sexo:**  Masculino  Femenino  No definido  No-Binario

**Raza:**  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  De origen Africano-Americano

Nativo de Hawái o De las Islas del Pacífico  Blanco-Caucásico  Otro  Prefiere no especificar

**Grupo Étnico:**  Hispano o Latino  No Hispano  Prefiere no especificar

**¿Tiene Seguro médico?** (por favor seleccione) Si \_\_\_ No \_\_\_

La vacuna para usted no tiene costo alguno, su seguro médico será quien cubra el costo de la cuota administrativa de la vacuna.

Su compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Su Plan de seguro: \_\_\_\_\_

Número de la póliza médica: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

Usted tiene alguno de los siguientes síntomas; congestión o flujo nasal, tos, diarrea, fatiga, fiebre o escalofríos, dolor de cabeza, dolores musculares o del cuerpo, náusea o vómito, repentina pérdida del gusto o del olfato, dificultad para respirar o respiraciones rápidas, ¿o dolor de garganta? **Si** \_\_\_ **NO** \_\_\_

¿Ha recibido alguna vacuna dentro de los últimos 14 días? **Si** \_\_\_ **NO** \_\_\_

¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra el COVID-19? **Si** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Tiene o ha tenido reacción alérgica severa (por ejemplo: ¿anafilaxis) o a algo más? **Si** \_\_\_ **NO** \_\_\_

¿Ha recibido terapias pasivas de anticuerpos para tratamiento del COVID-19? **Si** \_\_\_ **NO** \_\_\_

¿Ha sido diagnosticado positivo para COVID-19 en los últimos 90 días? **Si** \_\_\_ **NO** \_\_\_

¿Se encuentra en embarazo o está alimentado a su o sus bebés? **Si** \_\_\_ **NO** \_\_\_

**Información importante:**

-Doy mi consentimiento para compartir los registros de mi vacunación al Departamento de Salud del Condado de Essex.

- Doy mi consentimiento para compartir los registros de mi vacunación al Sistema de Información de Inmunización del Estado de New Jersey.

- Doy mi consentimiento para ser vacunado

De acuerdo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
**OFFICE USE ONLY:**

Vaccine site location: Left Deltoid or Right Deltoid

Site: \_\_\_\_\_

Appointment Time: \_\_\_\_\_

Lot number: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Vaccinator signature: \_\_\_\_\_

Registración para Unidad de Vacunación Móvil del Condado de Essex

*POR FAVOR ESCRIBA CLARO*

*Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Essex, a sus empleados, voluntarios y asociados presentes en los Sitios de Vacunación del Condado de Essex a proveer los cuidados médicos necesarios, que incluyan pero no limitados a, la administración de productos farmacéuticos y de medicación intravenosa, que, en el juicio de la persona arriba mencionada en esa forma, se considera necesario o recomendable en mi diagnóstico, cuidado y tratamiento. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que no se ha prometido o implicado ninguna garantía o garantía de resultados beneficiosos como resultado del tratamiento mencionado anteriormente.*

De acuerdo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_