



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA VACUNAS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Género:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

¿Para cuál vacuna está aquí?:

Nombre y número de fax del médico a notificar (Opcional)

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Pregunta	Yes / Sí	No
1. ¿Se siente enfermo hoy?		
2. ¿Alergias a alimentos, medicamentos, látex o vacunas?		
3. ¿Ha tenido reacción grave a una vacuna anteriormente?		
4. ¿Desmayos con vacunas o extracciones de sangre?		
5. ¿Trastorno hemorrágico o anticoagulantes?		
6. ¿Vacuna recibida en últimas 4 semanas?		
7. ¿Inmunocomprometido o medicamentos inmunosupresores?		
8. ¿Está embarazada o amamantando?		
9. ¿Prueba positiva COVID-19 últimos 14 días?		

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN

He recibido y leído la Declaración de Información sobre Vacunas (VIS) o la Hoja Informativa de la EUA. Entiendo los riesgos y beneficios y doy mi consentimiento para recibir la vacuna o que se administre a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a firmar. Consentimiento para compartir el registro de vacunas con el registro estatal NJIS: (Marque uno): Sí No

Firma del paciente/padre/tutor: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE LA VACUNA (el farmacéutico completará los detalles a continuación)

Producto	Número de lote	Fecha de vencimiento	Ruta/Sitio	Administrado por	Fecha y hora