

Boulder County Public Health
SARS-CoV-2 (COVID-19) VACCINE

Fecha _____ Ubicación de la clínica: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección _____ # de teléfono _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Sexo (Marque uno): ___ Masculino ___ Femenino ___ X ___ No binario ___ Desconocido

Raza (Circula uno): Indio American Asiático Afroamericano Hispano Otro Blanco

Etnia: Hispano No Hispano Desconocido

Below this line for Clinic downtime use only

Immunization: _____ Lot #: _____

Dose : _____ mL Route: IM NDC: _____ Expiry: _____

Site: Left Deltoid Right Deltoid Other: _____

¿Estás enfermo hoy con una enfermedad moderada a grave (fiebre, escalofríos, dificultad para respirar, pérdida de sabor u olfato?)

SI NO

¿Alguna vez has tenido una reacción alérgica inmediata de cualquier gravedad a una vacuna o terapia inyectable o anafilaxia por cualquier causa? (Si = recuperación de 30 minutos)

SI NO

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica al polilenglicol (PEG) o polisorbato? (SI = No administre la vacuna COVID-19 de ARNm; Paciente debe consultar con el alergólogo) (YES = Do not administer mRNA COVID-19 vaccine; Pt to review with allergist)

SI NO

(For Clinic Use)
Vaccine Label