

Vaccine Administration Record (VAR)
 1st / 2nd / 3rd Dose / Booster Pediatric

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Fec. Nac.: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** M F **Telefono:** _____

Dirección/Domicilio: _____ **Correo Electronico:** _____

Ciudad: _____ **Codigo Postal:** _____

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino Etnia desconocida

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawai o de otras islas del Pacifico Negro o afroamericano Blanco Otra raza Desconocida

Quiero recibir la siguiente vacuna(s): Vacunación COVID-19 **¿Cómo se enteró de esta clínica?** _____

Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente; o (c) una persona autorizada a dar su consentimiento en nombre del paciente cuando el paciente no sea competente o no pueda dar su consentimiento por sí mismo. Doy mi consentimiento al operador / proveedor de la clínica y al profesional de la salud autorizado que administra la vacuna, según corresponda (cada uno es un "Proveedor aplicable"), para que administre las vacunas que solicité anteriormente. Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con recibir la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la(s) vacuna(s) anterior (es) y he recibido, leído y / o me han explicado la hoja informativa EUA sobre la(s) vacuna(s) que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Además, reconozco que se me ha informado que el paciente debe permanecer cerca del lugar de vacunación para observación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración. En nombre del paciente, los herederos del paciente y los representantes personales, por la presente libero y eximo a cada Proveedor aplicable, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones. ya sea conocida o desconocida que surja de, en conexión con, o de alguna manera relacionada con la administración de la(s) vacuna(s) enumeradas anteriormente. Además, autorizo al Proveedor correspondiente a: (a) presentar un reclamo a mi aseguradora por los artículos y servicios solicitados anteriormente; y (b) solicitar el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al Proveedor correspondiente con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Autorizo la divulgación de información personal a los afiliados para que se comuniquen conmigo en el futuro con respecto a asuntos de salud y seguridad, como recordatorios de vacunas. Permiso que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se realice directamente al Proveedor (o a la parte que acepta la asignación). Certifico que la información que he reportado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta. Permiso que se use una copia de la autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mí o por mi compañía de seguros en cualquier momento por escrito. El Proveedor o sus afiliados pueden comunicarse con usted, incluso mediante llamadas y mensajes de texto marcados automáticamente y pregrabados, en cualquier momento utilizando la información de contacto proporcionada en su registro de paciente con respecto a asuntos de salud y seguridad, como recordatorios de vacunas, independientemente de si ha optado por no participar. de ser contactado. Entiendo que la vacuna COVID-19 está aprobada por la FDA bajo una Autorización de uso de emergencia. He leído o me han explicado la Hoja de datos para beneficiarios y cuidadores o la Hoja de información sobre la vacuna más reciente para la vacuna COVID-19 que se está administrando y entiendo los riesgos y beneficios de la vacunación. RECONOZCO que he leído el Aviso de prácticas de privacidad del proveedor y puedo recibir una copia si así lo solicito. Nota: Al firmar este formulario, por la presente certifico que toda la información proporcionada para la Documentación de administración de la vacuna COVID-19 es verdadera y correcta. Entiendo que, al otorgar el consentimiento a continuación, autorizo la divulgación de mi información de vacunación al DSHS y también comprendo que DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunizaciones de Texas. Una vez en ImmTrac2, la ley puede acceder a mi información sobre vacunas: un médico de Texas u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, para el tratamiento de la persona como paciente; una escuela de Texas en la que está inscrito el individuo; un distrito de salud pública de Texas o un departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; una agencia estatal que tiene la custodia legal del individuo; un pagador, actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas para los registros de vacunación relacionados con el individuo específico cubierto por la póliza del pagador. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento. La ley estatal permite la inclusión de registros de vacunación para los socorristas y sus familiares inmediatos (mayores de 18 años) en el Registro. Un "Primer Respondedor" se define como un empleado o voluntario de seguridad pública cuyas obligaciones incluyen responder rápidamente a una emergencia. Un "miembro de la familia inmediata" se define como un padre, cónyuge, hijo o hermano que reside en el mismo hogar que el Primer Respondedor. Para un miembro de la familia menor de 18 años, un padre, tutor legal o tutor principal puede otorgar el consentimiento para participar como un "niño ImmTrac2" completando el Formulario de consentimiento del Registro de inmunizaciones (ImmTrac2) (# C-7). Marque la casilla correspondiente para indicar si es un Primer Respondedor o un Familiar Inmediato:

 Soy un PRIMER RESPONDEDOR Soy un MIEMBRO INMEDIATO DE LA FAMILIA (mayor de 18 años) de un Primer Respondedor

Con mi firma a continuación, OTORGO mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mi información en el registro de vacunación de Texas. Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad; o (b) el tutor legal del paciente y tener suficiente conocimiento de la condición del paciente para responder las Preguntas de selección. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.

Nombre en letra de imprenta: _____ **Firma del paciente / persona autorizada:** _____ **Fecha:** _____

SECCIÓN B-1 PREGUNTAS DE EVALUACIÓN: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para vacunarse hoy.

1. ¿Se siente enfermo hoy? Sí No No sé

2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Sí No No sé

Si la respuesta es "sí", ¿Cuál vacuna le pusieron? _____ . ¿Fecha de recepción? _____

3. Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenina y tengo entre 18 y 49 años. | <input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años. |
| <input type="checkbox"/> Tiene 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). |
| <input type="checkbox"/> Uso medicamentos o terapias inmunodepresores. | <input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico. |
| <input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (blood thinner). | <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparin (HIT). |
| <input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente | <input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico (dermal fillers). |
| <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés) | |

SECCIÓN B-2 PREGUNTAS SOBRE REACCIONES ALÉRGICAS: (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).

1. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia? Sí No No sé
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos? Sí No No sé
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19? Sí No No sé
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? Sí No No sé

SECCIÓN C SEGURO - PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA PARA COMPLETAR

	Tarjeta Médica
ID del Plan de Seguro:	
# de ID de Miembro:	
Número de grupo:	

Medicare	Medicare Part B
Número de Medicare*:	
Últimos 4 dígitos de SSN**:	

* Número en la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul
 **Solo para fines de confirmación del seguro.

¿Es el paciente el titular de la tarjeta? Sí No No sé
 En caso negativo, proporcione el nombre del titular de la tarjeta, la fecha de nacimiento y el parentesco:

Si no tengo seguro, doy fe de que no tengo ningún seguro médico o de farmacia. Sí



PARA SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Complete BEFORE administration:

1. I have reviewed the **Patient Information** and **Screening Questions**. Initial _____
2. I have verified that this is the **vaccine requested** by the patient. Initial _____
3. This vaccine is appropriate for this patient based on the **Age Guidelines and Other Guidelines** provided by federal and/or state regulations and company policies. Initial _____
- 3a. Does this patient have a high-risk medical condition?
 If yes, please list medical condition(s): _____ Initial _____
4. The vaccine NDC matches the NDC on the bottom of this form and the NDC on the patient leaflet. (Perform a **3-way NDC match**) Initial _____
5. I have verified the Expiration Date is greater than today's date and have entered the Lot # and expiration date in section F below. Initial _____

SECCIÓN E Complete DURING the patient interaction:

1. I confirm(ed) the patient's **Name, DOB and requested vaccine**, and verified it matches the information on the VAR form. Initial _____
2. I have reviewed the **Screening Questions** and answers. Initial _____
3. The patient received a **EUA Fact Sheet**. Initial _____

SECCIÓN F Complete AFTER the vaccine administration:

Vaccine / NDC / Manufacturer (Check one)	Dosage	Site of Administration	EUA Fact Sheet Published Date
<input type="checkbox"/> Pediatric Pfizer / 52967-1055-4 / Pfizer	<input type="checkbox"/> Dose 1	<input type="checkbox"/> Left (L) Deltoid	
<input type="checkbox"/> Pfizer / 59267-1000-01 / Pfizer	<input type="checkbox"/> Dose 2	<input type="checkbox"/> Right (R) Deltoid	
<input type="checkbox"/> Moderna / 80777-273-99 / Moderna	<input type="checkbox"/> Dose 3		
	<input type="checkbox"/> Booster		

Clinician's name (print): _____ Clinician's signature: _____

Administration Date: _____ Observation Time: 15 mins 30 mins

Lot #: _____ Lot Expiration Date: _____