

**Registro de vacuna del COVID-19 y consentimiento para la vacuna de MODERNA del  
Departamento de Salud del Condado de Wood**

|  |   |   |
|--|---|---|
| Primer nombre:   | Segundo nombre:   | Apellido:   |
| Fecha de nacimiento:   | Edad:   | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <b>Las personas que quieran recibir la vacuna deben tener al menos 18 años.</b>  |   |   |
| ¿Se considera hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé/Prefiero no contestar |   |   |
| ¿Qué categoría o categorías describen mejor su raza?   | <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sé/Prefiero no contestar |   |
| Dirección:   |   |   |
| Ciudad, estado y código postal:  |   |   |
| Teléfono:  | Dirección de correo electrónico:  |   |
| Si ocurre una emergencia hoy, ¿con quién debemos comunicarnos?   |   |   |
| Nombre:  | Teléfono:   |   |
| Liste los nombres y las fechas de todas las vacunas del COVID previas:   |   |   |
| 1 <sup>ra</sup> dosis: <input type="checkbox"/> Pfizer<br><input type="checkbox"/> Moderna<br><input type="checkbox"/> Johnson & Johnson     | Fecha:  | 2 <sup>da</sup> dosis: <input type="checkbox"/> Pfizer<br><input type="checkbox"/> Moderna<br><input type="checkbox"/> N/A                    |
|  |   | Fecha:  |

**Elija el motivo principal por el que recibe la vacuna del COVID-19. (Marque solo una casilla).**

**Edad:** 18-39  40-49  50-59  60-64  65-69  70-74  75-79  80 años o más

**Lugar de residencia u ocupación**

- Centro de vida asistida: residente  o personal   
 Personal de servicios de cuidado de niños   
 Centro de atención conjunta: residente  o personal   
 Servicios médicos de emergencia (EMT/paramédicos)   
 Personal de servicios funerarios   
 Personal de servicios médicos  
   Hospitalario: personal clínico , administrativo  o auxiliar   
   No hospitalario: personal clínico , administrativo  o auxiliar   
 Policía, correccionales, bombero   
 Personal escolar (K-12)   
 Centro especializado de enfermería (RCF): residente  o personal   
 Estado de Ohio  
   Departamento de Discapacidades del Desarrollo (DODD): residente  o personal   
   Atención de larga duración (LTC) del Departamento de Rehabilitación y Corrección:  
   residente  o personal   
   Servicios de Salud Mental y Adicciones (MHAS): residente  o personal   
   Centro para veteranos: residente  o personal

**Condición médica**

- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)   
 Receptores de trasplante de médula ósea   
 Cáncer   
 Enfermedad renal crónica   
 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)   
 Condiciones congénitas o de aparición temprana con discapacidad intelectual o del desarrollo   
 Condiciones congénitas o de aparición temprana que continuaron en la edad adulta sin discapacidad intelectual ni del desarrollo   
 Diabetes tipo 1  o tipo 2   
 Enfermedad renal terminal   
 Enfermedad cardiovascular   
 Obesidad   
 Embarazo

**Preguntas de evaluación**

- |   |  |                             |  |
|---|--|-----------------------------|--|
| ¿Está enfermo (fiebre, congestión, tos)?  | <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción alérgica grave que haya necesitado epi (epinefrina)?  | <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| ¿Alguna vez tuvo alguna reacción alérgica a una vacuna?   | <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| ¿Lo han tratado por COVID-19 en los últimos 90 días con terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente)? | <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado a causa de algo como VIH o cáncer?  | <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| ¿Toma medicamentos u otras terapias para inhibir su sistema inmunológico?   | <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes?  | <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| Mujeres: ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | ¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                             |  |

**Voltee la hoja. >>>**

