Registro de consentimiento y administración – Hospital Y Clínicas Gundersen Tri-County
Clínica de vacunación COVID-19 en la escuela

Dirección de la Facilidad: 18601 Lincoln Street Whitehall, WI. 54773 Teléfono: (715) 538-4361

Nombre de la Escuela de mi hijo(a): _____ Grado: _____

Información sobre el estudiante que recibe la (s) vacuna (s) - Imprima			
Apellido del Estudiante:	**Nombre:**		**I:**
Dirección Residencial:	**Ciudad:**	**Estado:** WI	**Código Postal:**
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA):	**Edad:**	**Apellido de la madre:**	

Género:
☐ Masculino ☐ Transgénero – Masculino a Femenino ☐ Transgénero – Femenino a Masculino
☐ Femenino ☐ Transgénero – Inespecífico o Género No-Especificado ☐ Prefiero No Contestar ☐ Otro _____

Raza: (marque todas las que apliquen)			**Etnia**
☐ Asiático(a)	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	☐ Blanco	☐ Hispano
☐ Americano Africano o Negro	☐ Nativo Hawaiano u otro Isleño Pacífico		☐ No - Hispano
☐ Prefiero No Contestar	☐ Otro_____	☐ Multi-raza	☐ Prefiero No Contestar

Apellido del Padre/ Tutor Legal:	**Nombre:**	**Número de Teléfono:** (Donde podamos contactarlo el día de la cita)

Con mi firma a continuación, doy consentimiento al Hospital y Clínicas Gundersen Tri-County Hospital facturarle a mi compañía de seguro.
Seguro Médico#:_____
Si no tiene Medicare o tiene un Medicare Suplemental / Advantage, incluya esa información aquí:
Compañía de Seguro: _____ Dirección Postal:_____
Nombre del titular de la póliza / suscriptores: _____ ID#:_____ Grupo #:_____
Tipo de Seguro: ☐ Comercial ☐HMO ☐Medicare ☐Medicare Advantage ☐Medicare Suplemental ☐Badgercare

Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que se le administre la vacuna al niño mencionado anteriormente para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

☐ **Vacuna de COVID-19 de Pfizer (ambas dosis en una serie de 2 dosis, separadas por 3 semanas)**

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que su hijo no deba recibir la vacuna COVID-19. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse. Simplemente significa que se deben hacer preguntas adicionales por la seguridad de su hijo.

Preguntas sobre el estudiante que recibe la vacuna:		**Sí**	**No**
1	¿El/la estudiante se encuentra actualmente en período de aislamiento o cuarentena debido al COVID-19?		
2	¿Ha recibido el/la estudiante alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?		
3	¿Ha tenido el/la estudiante alguna vez una reacción alérgica grave (anafiláctica) a algún alimento, medicamento, vacuna o vacuna COVID-19 anterior? Lista:_____		
4	¿Ha recibido el/la estudiante terapia con anticuerpos o plasma de convalecencia para el tratamiento con COVID-19 en los últimos 90 días?		
5	¿Ha recibido el/la estudiante alguna vacuna en los últimos 14 días?		
6	¿La estudiante está embarazada o lactando?		

_____ _____
Firma del Padre/ Tutor Legal Fecha de Firma

_____ _____
Nombre del Padre/ Tutor Legal Relación con el Niño

For Office Use Only/ Para Uso Oficial Solamente

Date/Time	Dose	Vaccine	Lot Number	Expiration Date	Site	Signature & Title – person administering vaccine
	☐ 1ST Dose ☐ 2nd Dose	Pfizer COVID-19 0.3 mL IM			☐ RD ☐ LD	

Second Dose Information: **Date**: _____**Time**:_____ **am/pm**

Comments:

Date EUA fact sheet for recipients and caregivers provided to parent/guardian: