

Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee

Registro de Consentimiento y Administración – Clínica de Vacunación COVID-19 en la Escuela

Dirección del Departamento de Salud: 841 norte de la Broadway, 3º Piso, Milwaukee, WI 53202

Nombre de la Escuela de mi Hijo(a): _____ Grado: ____ Salón/Maestro(a): _____

| | | | | |
|--|--------------|---|--|--|
| Información sobre el estudiante que recibe la(s) vacuna(s) – Favor de escribir en letra de molde | | | | |
| Apellido(s) del Estudiante: | | Primer Nombre: | | Inicial del 2º Nombre: |
| Domicilio: | | Ciudad: | Estado: WI | Código Postal: |
| Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): | Edad: | Apellido de Soltera de la Madre: | | |
| Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero – Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero – Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero – No especificado o Género no específico <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |
| Raza: (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Razas múltiples | | | Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/a/x <input type="checkbox"/> No Hispano/a/x <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar | |
| Apellido(s) del Padre o Tutor Legal: | | Primer Nombre: | | Número de teléfono: (En que nos podemos comunicar con Ud. el día de la clínica) |

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/x a hacer esta solicitud. DOY MI CONSENTIMIENTO al Departamento de Salud de la Ciudad de Milwaukee y su personal para que mi hijo nombrado en la parte superior de este formulario sea vacunado con esta vacuna. Al firmar este consentimiento, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo reciba la primera y la segunda parte de la serie de vacunas. También doy mi consentimiento para que la información de sus vacunas se ingrese en el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR).

Vacuna Pfizer para COVID-19 (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 de COVID-19. Si Ud. contesta “sí” a cualquier pregunta, no necesariamente significa que su hijo no deba de vacunarse. Simplemente significa que se deben de hacer preguntas adicionales por la seguridad de su hijo.

| Preguntas acerca del estudiante que recibe la vacuna: | | Sí | No |
|--|--|-----------|-----------|
| 1 | ¿Está actualmente el estudiante en aislamiento o cuarentena debido al COVID-19? | | |
| 2 | ¿Alguna vez ha recibido el estudiante una dosis de la vacuna de COVID-19? | | |
| 3 | ¿Alguna vez ha tenido el estudiante una severa reacción alérgica (anafiláctica) a cualquier comida, medicamento, vacuna o vacuna de COVID-19 previa? Si sí, favor de listar: _____ | | |
| 4 | ¿Ha recibido el estudiante terapia con anticuerpos o plasma de convalecencia para el tratamiento con COVID-19 en los últimos 90 días? | | |
| 5 | ¿Ha recibido el estudiante cualquier vacuna en los últimos 14 días? | | |
| 6 | ¿Está la estudiante embarazada o amamantando? | | |

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha firmado

Nombre en letra de molde del Padre/Tutor Legal

Relación al Niño

| FOR OFFICE USE ONLY Date/Time | Dose | Vaccine | Lot Number | Expiration Date | Site | Signature & Title – person administering vaccine |
|--|--|------------------------------|------------|-----------------|--|---|
| | <input type="checkbox"/> 1st Dose <input type="checkbox"/> 2nd Dose | Pfizer COVID-19 0.3 mL IM | | | <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD | MM/DD/YYYY |
| Second Dose Information: Date: _____ Time: _____ am/pm Comments: _____ Date EUA fact sheet for recipients and caregivers provided to parent/guardian: _____ | | | | | | |