

FECHA: _____

BRAZO VACUNADO: Derecha Izquierda

¿Es este tu (círculo uno):

REGISTRO DE VACUNAS COVID

1ª Dosis

2ª Dosis

Bivalent Booster

POR FAVOR, IMPRIMA CLARAMENTE.

Apellido legal: _____ Nombre legal: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Género: Hembra Macho Otros Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono móvil: () - ¿Accedes a los mensajes de texto en Si No

Correo electrónico: _____

Raza: Asiático Negro Otro Blanco Origen étnico: Hispánico Sin hispanos Estado civil: Casado Soltero Otro

Seguro: Sí No

En caso afirmando, nombre de la empresa: _____

Si no, Licencia de Conducir #/Estado: _____ o SSN: _____

Al firmar, has leído la Hoja Informativa de la Vacuna COVID, reconociendo la comprensión y estás consintiendo en recibir la vacuna. También está dando su consentimiento para que sus datos se informen al Registro ImmTrac2 de Texas y para presentar una tarifa administrativa a su seguro o HRSA.gov. Para que podamos recibir esta vacuna para darle desde el Estado, estamos obligados a informar al Registro de Texas ImmTrac2. Si aún tiene alguna pregunta, no firme a continuación, por favor pida a alguien que responda a sus preguntas.

Firma del paciente / Padre o tutor legal de la

fecha del paciente

Admin ONLY: Given By:

Initials: _____ Fact Sheet Y N

Name Printed: _____