



**Wilmington Health**  
1202 Medical Center Drive, Wilmington, NC 28401  
Phone: (910) 407-5115  
www.wilmingtonhealth.com

## HOJA DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

### Campos obligatorios / Información de impresión:

Primer Nombre del el Recipiente \_\_\_\_\_

Apellido del el Recipiente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del el recipiente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Día Año

Correo electrónico del el recipiente: \_\_\_\_\_

Dirección del el recipiente: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Raza del el recipiente:  Asiático  Negro / Afroamericano  Indio americano o Nativo de Alaska  
 Blanco  Otra raza

Origen étnico del el recipiente:  No Hispano o Latino  Si Hispano o Latino

Género del el recipiente:  Masculino  Femenino  Desconocido

Método de contacto preferido:  Correo electrónico  Ninguno Por favor

### Responda lo siguiente:

¿Es el recipiente un trabajador esencial de primera línea (por ejemplo, policía, procesamiento de alimentos, maestro)?

No  Si (En caso afirmativo, se requiere el nombre del empleador): \_\_\_\_\_

¿El recipiente reside o trabaja en un centro de atención a largo plazo?

No  Si (En caso afirmativo, se requiere el nombre de la instalación): \_\_\_\_\_

¿El recipiente forma parte de una nación tribal reconocida estatal o federalmente?

No  Si (En caso afirmativo, se requiere el nombre de la comunidad): \_\_\_\_\_

¿Cuántas afecciones se sabe que aumentan el riesgo de enfermedad grave por COVID-19 tiene el recipiente?

Ninguno  Uno  Dos o más (Condiciones que se muestran a continuación):

- Asma (moderada a grave)
- Afecciones neurológicas (por ejemplo, demencia)
- Cáncer
- de fumar
- Sobrepeso (IMC > 25 kg / m<sup>2</sup>, pero < 30 kg / m<sup>2</sup>)
- Obesidad (IMC de 30 kg / m<sup>2</sup> o más, pero < 40 kg / m<sup>2</sup>)
- Enfermedad cerebrovascular
- Enfermedad renal crónica
- Obesidad severa (IMC ≥ 40 kg / m<sup>2</sup>)
- Embarazo
- Fibrosis quística

- EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Enfermedad de células falciformes
- Hipertensión o presión arterial alta
- Fibrosis pulmonar
- Inmunodeprimidos
- Talasemia
- Enfermedad hepática
- Enfermedades cardíacas (por ejemplo, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, miocardiopatías)
- Diabetes mellitus tipo 1 / tipo 2

Para obtener información adicional sobre las condiciones: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>

## USO DE OFICINA ÚNICAMENTE

**DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN:** Las reacciones alérgicas a las vacunas que amenazan la vida son muy raras. Los signos de una reacción alérgica grave incluyen: dificultad para respirar, ronquera o sibilancias, urticaria, palidez, debilidad, frecuencia cardíaca elevada o mareos intensos. Estos síntomas pueden ocurrir dentro de unos minutos o hasta 48 horas después de la vacunación. Si el destinatario experimenta alguno de estos síntomas, se le ha indicado que se comunique con un proveedor de atención médica de inmediato.

\_\_\_\_\_ • CONSENTIMIENTO VERBAL: El receptor o tutor legal ha recibido los beneficios y las posibles reacciones adversas, y proporciona su consentimiento para recibir la vacuna.

