



APELLIDO DEL MENOR: _____ **NOMBRE DEL MENOR:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **NÚMERO DE CONTACTO:** _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ **GÉNERO:** Hombre Mujer No-Binario Otro
 Transgénero Hombre-a-Mujer Transgénero Mujer-a-Hombre Desconocido

ETNICIDAD: Hispánico/Latino No Hispánico/Latino Desconocida

RAZA: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico Blanco Otro

- He leído la información en la Hoja de Informativa de la Autorización de Uso de Emergencia de la vacuna COVID-19 (o me lo han explicado)
- Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19
- Doy consentimiento para recibir la vacuna COVID-19
- Entiendo completamente la información en este Formulario de Vacuna y confirmo que la información que he proporcionado es verdadera y exacta

FIRMA DEL MENOR: _____ **FECHA DE HOY:** _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LETRA DE IMPRENTA: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____

----- **REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN (USO DEL VACUNADOR ÚNICAMENTE)** -----

FABRICANTE: Pfizer Moderna Janssen

DOSIS: 1ª. Dosis 2ª. Dosis

NÚMERO DE LOTE: _____

FECHA DE CADUCIDAD: _____

SITE: 0.5 mL IM Deltoides 0.3 mL IM Deltoides
 Deltoides Izquierdo Deltoides Derecho

NOMBRE COMPLETO LETRA DE IMPRENTA: _____

FIRMA: _____