

REGISTRO DE VACUNACIÓN DE TEXAS – 2da Dosis

(Por favor imprima claramente)

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
(_____)_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento (mm/dd/año_)	Teléfono	Etnicidad: Hispano(a)/ Latino(a): <i>Sí</i> <i>No Square</i>
Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska	Ásiatico	Negro o Afroamericano
Hawaiano o Isleño del Pacífico	Blanco	Otra Raza

Nombre de Madre	Apellido Soltero de Madre
-----------------	---------------------------

	Sí	No	No lo se
1. ¿Tuvo reacción alérgica grave con su primera vacuna de COVID-19, (e.g. erupción, respiración dificultosa, desmayo, o recibió atención médica)? <i>(If yes (Sí), do not give vaccine)</i>			
2. ¿Ha recibido cualquier otra vacuna durante los 14 últimos días (e.g. gripe, neumonía, tétanos o culebrilla)? <i>(If yes (Sí), postpone 2nd dose for 14 days after that vaccine was given)</i>			
3. ¿Ha recibido tratamiento para infección de COVID-19 con una infusión de anticuerpos o plasma de convalecencia durante los 90 últimos días? <i>(If yes, (Si) need to postpone for 90 days after date of COVID treatment)</i>			
4. ¿Alguna vez a recibido una dosis de la vacuna COVID-19? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Si sí, cual producto de vacuna recibió (<i>Pfizer, Moderna, otro producto</i> _____)? 			

Para programar su segunda cita, visite el sitio web: www.bellcountytexas.com/2dose