

MONTGOMERY COUNTY HEALTH DEPARTMENT
2021 VACCINATION COVID – ON-LINE FORM
(MODERNA-INJECTABLE)

Información sobre la vacuna COVID

Todas las citas se han programado para las dosis de vacuna disponibles en este momento. Se programarán citas adicionales a medida que se reciba la vacuna para aquellos que hayan enviado un formulario. Esta página se actualizará a medida que lleguen envíos de vacunas adicionales.

A partir del 01/14/2021, el Departamento de Salud del Condado de Montgomery está dando la vacuna COVID a los que son 65 años de edad y mayores, trabajadores de la salud que cuidan o trabajan directamente con pacientes con COVID-19, incluyendo personal encargado de la limpieza y mantenimiento en estas áreas, el personal y los residentes de los centros de atención a largo plazo y los trabajadores de la salud que administran las vacunas.

Las inscripciones están abiertas ahora. Los formularios imprimibles están disponibles en el enlace a continuación o en la biblioteca del condado de Montgomery ubicada en 215 West Main Street en Troy. Los formularios se procesarán a medida que la vacuna esté disponible.

Formulario de vacunación COVID imprimible

Los formularios se pueden colocar en la caja de información ubicada en la entrada principal del Departamento de Salud del Condado de Montgomery ubicado en 217 South Main Street en Troy. Los formularios también se pueden colocar en la caja de depósito nocturno ubicada en 102 East Spring Street en Troy.

O

El registro puede ser completado mediante el formulario electrónico utilizando el siguiente enlace. Se requiere un correo electrónico para completar el formulario.

Formulario en línea rellenable

O

Si desea registrarse por teléfono, llame al (910)572-1393 ext 1236. Las llamadas serán respondidas cuando el personal esté disponible.

MONTGOMERY COUNTY HEALTH DEPARTMENT
 2021 VACCINACION COVID – ON-LINE FORM
 (MODERNA-INJECTABLE)

APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	RAZA	GENERO	
DIRECCIÓN FÍSICA		NUMERO DE TELÉFONO MOBIL: CASA:				
CIUDAD	ESTADO CONDADO	POSTAL	ETNIA <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NO HISPANO			
NOMBRE DE SU EMPLEADOR/ ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN DONDE VIVE	CORREO ELECTRÓNICO NO TENGO CORREO IDIOMA PREFERIDO: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRA	COMUNICACIÓN PREFERIDO: <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> TEXTO <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> NINGUNO	TRABAJADOR ESENCIAL (POLICIA, PROCESADOR DE ALIMENTOS, MAESTRO, ETC) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> VIVE O TRABAJA EN UNA INSTITUCION DE CUIDO/ASILO			
Favor de marcar SI o NO para cada pregunta.					SI	NO
1. ¿Se siente enfermo hoy?						
2. ¿Ha recibido una vacuna para COVID-10 antes? Si marcó SI , ¿cual producto? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro producto						
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica severa (ex: anafilaxis)? Marque todos: Por ejemplo: ¿una reacción donde recibí epinefrina o EpiPen, o haya hecho que tuviera que ir al hospital? (También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar incluso sibilancias)						
• Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia						
• Polisorbato						
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19?						
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica (ex: anafilaxis) después de recibir otro tipo de vacuna (sino COVID-19) o de una inyección? Por ejemplo: ¿una reacción donde recibí epinefrina o EpiPen, o haya hecha que tuviera al hospital? (También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar incluso sibilancias)						
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, al polisorbato, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.						
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?						
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?						
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?						
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o usa medicamentos o terapias inmunodepresores?						

MONTGOMERY COUNTY HEALTH DEPARTMENT
2021 VACCINATION COVID – ON-LINE FORM
(MODERNA-INJECTABLE)

Favor de marcar SI o NO para cada pregunta	SI	NO
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (blood thinner)?		
11. ¿Tiene una condición médica conocida que aumentaría el riesgo de la enfermedad? (EPOC, Asma, Cáncer, Enfermedad Cerebrovascular, Enfermedad de los Riñones, Fibrosis Cística, Hipertensión, Trasplante de un Órgano, Enfermedad del Hígado, Estado de Inmunidad Comprometida, Condición Neurológica como Demencia, Obesidad, Sobre Peso, Embarazo, Fibrosis Pulmonar, La Célula Falciforme, Fumar, Talasemia (enfermedad del sangre) ¿Cuántas condiciones medicas tiene que aumentará el riesgo de una enfermedad severa, como COVID-19? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o más		
12. ¿Está embarazada o amamantando?		
13. ¿Ha tenido en las últimas 2 semanas: calentura, tos, dificultad para respirar incluso sibilancias?		
14. ¿Usted o alguien en su casa ha tomado la prueba para COVID-19 durante los últimos 30 días?		
15. ¿Ha viajado recientemente <u>a</u> un lugar <u>o desde</u> un lugar donde haya COVID-19?		

Permiso para recibir la vacuna:

- Yo certificó: (a) ser mayor de 18 años (b) soy padre o tutor de un paciente menor de edad; o (c) como tutor legal del paciente. Además, autorizo al proveedor de cuidado de salud con licencia autorizado, administrar la vacuna como es aplicable, a compartir mi información personal, demográfica, y mi condición de salud para proveer con los servicios de vacuna para COVID-19. Tengo entendido que la data de salud compartido en está cuestionario, para determinar, si estoy elegible para recibir la vacuna de COVID-19 y para determinar cuando la vacuna será disponible.
 - Reacciones adversas de vacunas son muy raras. Los signos de las reacciones alérgicas severas incluyen: frecuencia de respiración baja, sibilante, ronchas, palidez, frecuencia cardiaca aumentada, y mareos severos. Estos síntomas pueden ocurrir dentro de unos minutos o hasta 48 horas después de la vacunación. Sí, la persona vacunada esta experimentando cualquier de estas manifestaciones alérgicas, la persona debería informar al asistente de salud inmediatamente.
- Yo he revisado la recomendación V-Safe del CDC después de la vacunación
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>
- Yo he revisado la información para la Vacuna de Moderna para personas vacunadas
www.modernatx.com/covid19vaccine-eua/eua-fact-sheet-recipients.pdf
- Yo he revisado la información anterior, lo cual me provee los beneficios y reacciones potencialmente adversas y doy autorización para recibir la vacuna.

Provider Use Only:

Vaccine	Date Dose Administered	Route/Site	Dosage	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administer
2021 MODERNA NDC 80777-0273-99-5010700	/ / <input type="checkbox"/> Dose 1	Intramuscularly Left Right Deltoid	0.5ml	MODERNA		
2021 MODERNA NDC 80777-0273-99-5010700	/ / <input type="checkbox"/> Dose 2	Intramuscularly Left Right Deltoid	0.5ml	MODERNA <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 15px; margin-top: 5px;"></div>		