

FECHA: \_\_\_\_\_

BRAZO VACUNADO: Derecha Izquierda

¿Es este tu (círculo uno):

### REGISTRO DE VACUNAS COVID

1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis
Pfizer	Moderna	J&J

**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

Dirección de \_\_\_\_\_

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

¿Trabaja en una escuela o centro de cuidado infantil:  Si  No

¿Ha tenido una vacuna contra la influenza o el culebrilla en las últimas 2 semanas:  Si  No

Seguro:  Sí  No

En caso afirmando, nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

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

Al firmar, usted está reconociendo que ha leído la Hoja Informativa de la Vacuna COVID y está consintiendo que sus datos se informen al Registro ImmTrac2 de Texas y que presente 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / Padre o tutor legal de la

\_\_\_\_\_  
fecha del paciente

DATE: \_\_\_\_\_

ARM VACCINATED: Right Left

Is this your (circle one):

COVID VACCINE REGISTRATION

1st Dose 2nd Dose 3rd Dose

PLEASE PRINT CLEARLY.

Pfizer Moderna J&J

Legal Last \_\_\_\_\_ Legal First Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Gender: \_\_\_\_\_ Female Male Other \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Mobile Phone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Do you accept Texts on this phone #? Y N

E-Mail Address: \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_\_\_ Asian Black Other White \_\_\_\_\_ Ethnicity: \_\_\_\_\_ Hispanic Non-Hispanic \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_ Married Single Other

Do you work in a School or Childcare facility: Y N

Have you had a Influenza or Shingles Vaccine in the past 2 weeks: Y N

Insurance: Yes No

If yes, name of Company: \_\_\_\_\_ Member ID#: \_\_\_\_\_

If no, Drivers License #/State: \_\_\_\_\_ or SSN: \_\_\_\_\_

By signing, you are acknowledging you have read the COVID Vaccine Fact Sheet and you are consenting to having your data reported to the Texas ImmTrac2 Registration and to file an administrative fee to your insurance or HRSA.gov. In order for us to receive this vaccine to give you from the State, we are required to report to the Texas Registry ImmTrac2.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature / Parent or Legal Guardian of Patient

\_\_\_\_\_  
Date