

**Agencia de Salud Pública del Condado de Plumas**  
**Formulario de detección de vacunación COVID-19**

Marque la respuesta a las siguientes preguntas para la persona que está recibiendo la vacuna COVID-19.

**Por favor imprimir**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Hembra Código postal: \_\_\_\_\_ Pueblo / Ciudad: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Raza:  Nativo americano  Negro  Hispano / Latino  Blanco  Otro:

Primera dosis  Segunda dosis

1. ¿Está embarazada o cree que podría estarlo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo se
2. Te sientes enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo se
3. ¿Reacción alérgica grave previa (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo se
3a. ¿Fue la reacción alérgica después de recibir una vacuna COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo se
3b. ¿Fue la reacción grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo se
4. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva para COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo se
5. ¿Ha recibido tratamiento con anticuerpos pasivos para COVID-19? En caso afirmativo, fecha de tratamiento:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo se
6. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como el VIH? infección o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo se

*Su vacunación se ingresará en nuestra base de datos de inmunización para el seguimiento del inventario y la vigilancia de la salud pública.*

*Lea la Declaración de privacidad de HIPPA, así como los usos y divulgaciones para actividades de salud pública disponibles en el reverso de este formulario.*

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir el nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Pfizer	<input type="checkbox"/>	Moderna	<input type="checkbox"/>	Janssen	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>
Clinic Date:	_____	Arm Injected:	┘ Left Arm	┘ Right Arm			
Nurse:	_____	Lot #:	_____				

*Comuníquese con la Agencia de Salud Pública del Condado de Plumas (530) 283-6330 si tiene preguntas..*



***Declaración de privacidad de HIPAA  
La definición completa de información médica  
protegida (PHI)***

*Cualquier información médica identificable individualmente, ya sea oral o registrada en cualquier forma o medio que sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, autoridad de salud pública, empleador, asegurador de vida, escuela o universidad, o centro de compensación de atención médica; y se relaciona con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de un individuo; la provisión de atención médica a un individuo. Cualquier dato transmitido o mantenido en cualquier otra forma o medio por entidades cubiertas, incluidos registros en papel, documentos de fax y todas las comunicaciones verbales, o cualquier otra forma, es decir, impresiones de pantalla de información de elegibilidad, correos electrónicos impresos que hayan identificado la información de salud de la persona, reclamo, o información de facturación, certificado de nacimiento o defunción en papel.*

*La información de salud protegida excluye: registros escolares que están sujetos a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia; y registros de empleo mantenidos en el papel del condado como empleador.*

**Usos y divulgaciones para actividades de salud pública**

De acuerdo con el Código de Salud y Seguridad, Parte II, 45 CFR 164,501, el Departamento de Salud Pública del Condado de Plumas es una entidad cubierta que puede divulgar información médica protegida para ciertas actividades específicas de salud pública que pueden ser, entre otras:

- Prevención y control de enfermedades, incluida la notificación
- Informes de registros vitales
- Vigilancia de salud pública
- Divulgación legalmente autorizada de información médica protegida a una persona o personas que puedan estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad notificable
- Ciertos proveedores contratados por empleadores pueden proporcionar información al empleador relacionada con la vigilancia médica en el lugar de trabajo o enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
- Informar bajo los requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos para eventos adversos o problemas relacionados con ciertos proyectos regulados