



Registro de nuevo paciente

Administración de la vacuna COVID 19

Nombre y Apellido : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de teléfono #: _____

Domicillio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Doctor primaria: _____

Empleador: _____

Numero de Teléfono del Empleador : _____

Directiva avanzada: _____ Si _____ No

Estado civil: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Contacto de emergencia Telefono : _____ Relación: _____

*****VACUNA COVID-19*****

Fecha de vacuna: _____ dosis : _____ 1ra dosis _____ 2da dosis

Doy mi consentimiento para administre la vacuna COVID-19. Me han aconsejado sobre los riesgos.

X _____

firma del paciente

fecha