



Vacuna contra COVID-19

INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

APELLIDO		(Nombre)	Fecha de nacimiento:	Edad:
DIRECCIÓN			CORREO ELECTRÓNICO	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA	

CONTACTO PARA EMERGENCIAS:				
Nombre	Relación		Teléfono	
Raza: (marque solo 1) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático o polinesio <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Indígena americano o de Alaska <input type="checkbox"/> No sabe	Grupo étnico: (marque solo 1) <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No sabe		Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____	
			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Responda a las siguientes preguntas sobre la salud de quien recibe la vacuna:	Sí	No	No sabe
1. ¿Está enfermo hoy o actualmente en un periodo de aislamiento o cuarentena por COVID-19?			
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? *Si responde sí, indique qué vacuna y la fecha en que la recibió:			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia) a algo, por ejemplo, una reacción que debió ser tratada con epinefrina o una EpiPen o por la cual tuvo que ir al hospital? le provocó urticaria, hinchazón, o dificultades para respirar, incluyendo sibilancias? *¿La reacción grave fue después de recibir una vacuna contra el COVID-19? * ¿La reacción grave fue después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?			

4. Marque la casilla si aplica:

Tiene un historial médico de miocarditis o pericarditis

Tiene un historial médico del síndrome de Guillain-Barre

Tuvo COVID-19 y se le trató con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente

Fue diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A, por sus siglas en inglés) después de una infección de COVID-19

Tiene un trastorno del sangrado o toma medicamentos anticoagulantes

Tiene un historial médico de trombocitopenia inducida por heparina (HIT, por sus siglas en inglés)

En este momento está embarazada o amamantando

Ha recibido rellenos dérmicos

5. Marque la casilla si aplica:

Tiene un sistema inmunológico debilitado: si la respuesta es sí, indique qué condición:

Recibe medicamentos o terapias inmunosupresoras: si la respuesta es sí, indique cuáles:

Tiene entre 18 y 64 años y sufre de afección(es) médica(s) subyacente(s): Si la respuesta es sí, enumérelas:

Es residente de un centro de cuidados a largo plazo (asilo de ancianos, residencia para personas de la tercera edad, centro de vivienda asistida)

Está en alto riesgo de exposición ocupacional o institucional al COVID-19

• Confirmando en mi nombre o en nombre del menor nombrado arriba que he recibido una copia y he leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) y he revisado la hoja informativa de la FDA para receptores y cuidadores de la FDA sobre la vacuna contra el COVID-19 que será administrada (elijá una de las siguientes opciones):
 _____ **Pfizer (12 años o más);** _____ **Moderna (18 años o más);** _____ **Janssen (18 años o más)**

• Confirmando en mi nombre, o en nombre del menor nombrado arriba, que he podido hacer preguntas que me contestaron a cabalidad. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna indicada y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada para la que estoy autorizado a hacer este pedido.

• Se puede facturar una tarifa de administración a terceros pagadores. Autorizo al Southeast Health District a facturar a todos y cada uno de los terceros pagadores por este servicio. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. También solicito el pago de beneficios gubernamentales o el pago de beneficios médicos para mí o para la parte que acepta la asignación de los servicios descritos en este documento.

• **Con mi firma confirmo que al menor, o a mí, se nos recomendó quedarnos en el lugar durante 15 minutos después de recibirla vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves deben quedarse durante 30 minutos.**

_____ **Fecha** _____ **Nombre en letra de imprenta** **X** _____ **Firma del paciente, padre o tutor del menor**

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY							
Vaccine COVID-19	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Dose	Route - IM	Name of Vaccine Administrator	Date Administered
Dose: <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd	<input type="checkbox"/> MODERNA <input type="checkbox"/> PFIZER <input type="checkbox"/> JANSSEN			_____ 0.5 ml	LEFT Arm		
				_____ 0.25 ml			
				_____ 0.3 ml	RIGHT Arm		