



Vacuna contra COVID-19

INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

APELLIDO		Nombre	SEGUNDO 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"/> Español <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: <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico del síndrome de Guillain-Barre <input type="checkbox"/> Tiene un trastorno del sangrado o toma medicamentos anticoagulantes <input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de trombocitopenia inducida por heparina (HIT, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Tuvo COVID-19 y se le trató con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente <input type="checkbox"/> En este momento está embarazada o amamantando <input type="checkbox"/> Fue diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A, por sus siglas en inglés) después de una infección de COVID-19			
5. Marque la casilla si aplica: <input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado: si la respuesta es sí, indique qué condición: <input type="checkbox"/> Recibe medicamentos o terapias inmunosupresoras: si la respuesta es sí, indique cuáles:			

Confirmo 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 (elija una de las siguientes opciones):

Moderna (de 6 meses a 5 años); Moderna (de 6 a 11 años); Moderna (12 años o más);
 Pfizer ((de 6 meses a 4 años); Pfizer (de 5 a 11 años); Pfizer (12 años o más);
 Janssen (18 años o más); Novavax (12 años o más)

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.

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

X _____

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

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO)					
Vaccine recipient/caregiver was provided the following EUA/FDA Fact Sheet:					
<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech: https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/comirnaty-and-pfizer-biontech-covid-19-vaccine <input type="checkbox"/> Moderna: https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/spikevax-and-moderna-covid-19-vaccine <input type="checkbox"/> Janssen: https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/janssen-covid-19-vaccine <input type="checkbox"/> Novavax: https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/novavax-covid-19-vaccine-adjuvanted#additional					
Vaccine COVID-19	Vaccine Manufacturer	Dose	Route - IM	Lot Number	Expiration Date
Dose: <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd <input type="checkbox"/> Booster	<input type="checkbox"/> MODERNA	____ 0.5 ml	<input type="checkbox"/> LEFT Arm	Signature of Vaccine Administrator	Date Administered
	<input type="checkbox"/> PFIZER	____ 0.25 ml	<input type="checkbox"/> RIGHT Arm		
	<input type="checkbox"/> JANSSEN	____ 0.3 ml	<input type="checkbox"/> LEFT Thigh		
	<input type="checkbox"/> NOVAVAX	____ 0.2 ml	<input type="checkbox"/> RIGHT Thigh		