



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_ Teléfono celular del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del paciente: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Responda las siguientes preguntas antes de su cita de vacunación. Si responde “sí” a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse.

1. ¿Te sientes enfermo/a hoy?  **Sí**  **No**
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?  
 **Sí, recibí la vacuna Pfizer-BioNTech COVID -19**  
 **Sí, recibí la vacuna Moderna COVID -19**  
 **Sí, pero no sé qué vacuna COVID-19 recibí**  
 **No**
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica o una reacción alérgica grave a un componente de la vacuna COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG) que se encuentra en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia?  
**(Una reacción alérgica grave incluye una reacción [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).**  **Sí**  **No**  **No lo sé**
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica o una reacción alérgica grave al polisorbato?  
 **Sí**  **No**  **No lo sé**
- 5) ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica o una reacción alérgica grave a una dosis anterior de la vacuna COVID-19?  
 **Sí**  **No**  **No he recibido una dosis anterior de la vacuna COVID-19**
6. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica o una reacción alérgica grave a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) oa un medicamento inyectable?  **Sí**  **No**  **No lo sé**
7. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o cualquier vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias alimentarias, de mascotas, ambientales u medicamentos orales.  
 **Sí**  **No**  **No lo sé**

8. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días??  **Sí**  **No**
9. ¿Alguna vez ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tiene COVID-19?  **Sí**  **No**
10. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?  **Sí**  **No**
11. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?  **Sí**  **No**
12. ¿Estás embarazada?  **Sí**  **No**
13. ¿Está amamantando (amamantando)?  **Sí**  **No**
14. ¿El receptor tiene algún relleno dérmico (una inyección cosmética para disminuir las líneas faciales y restaurar volumen y plenitud en el rostro)?  **Sí**  **No**
- He recibido la hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) para la (s) vacuna (s) COVID-19. Reconozco que he recibido una copia de la Política de privacidad y los Términos y condiciones.**

Entiendo que la vacuna de COVID-19 tiene efectos secundarios potenciales, incluido un riesgo remoto de efectos secundarios más graves o inesperados. Entiendo que el uso de emergencia de la vacuna de COVID-19 ha sido autorizado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA). He leído las hojas de datos de la EUA para la vacuna que yo o la persona nombrada anteriormente de quien soy el tutor legal (“Ward”) podemos recibir y entiendo los riesgos que se describen en la hoja de datos. Creo que los beneficios superan los riesgos y asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar de mi recepción de las vacunas o de la recepción de las vacunas por parte de mi pupilo. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre esta vacuna. Entiendo que mi registro médico puede compartirse con mi médico u otro proveedor de atención médica y el registro médico de mi pupilo puede compartirse con su médico u otro proveedor de atención médica. Solicito que se me administren las vacunas a mí o a mi pupilo. Yo, por mí mismo y en nombre de mi Pupilo y cada uno de nuestros respectivos herederos, ejecutores, representantes personales y cesionarios, por la presente libero el sitio de vacunación de aprovisionamiento y sus afiliados, subsidiarias, divisiones, directores, contratistas, agentes y empleados (colectivamente “Liberados Partes”), de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de, en conexión con o de alguna manera relacionada con mi recibo y el recibo de mi pupilo de esta o estas inmunizaciones. Ni el centro de vacunación masiva de aprovisionamiento ni ninguna de las partes liberadas serán, en ningún momento o en cualquier medida, responsables, responsables o de ninguna manera responsables de cualquier pérdida, lesión, muerte o daño sufrido o sostenido por cualquier persona en cualquier momento en conexión con o como resultado de este programa de vacunas o la administración de las vacunas descritas anteriormente. El centro de vacunación de aprovisionamiento puede usar y divulgar mi información personal y de salud o la información personal y de salud de mi pupilo, para tratarme a mí o a mi pupilo, para recibir el pago de la atención brindada y para otras operaciones de atención médica.

**Si la persona mencionada anteriormente es mi hijo menor de edad, acepto y doy mi consentimiento para que dicho menor reciba la vacuna COVID-19 disponible en el sitio de vacunación sin mi presencia. Entiendo que a mi hijo se le harán varias preguntas de detección sobre el historial de salud de mi hijo y el estado de salud actual (las preguntas se adjuntan) y acepto revisar estas preguntas con mi hijo antes de la cita de vacunación. Además, reconozco que mi hijo es capaz de responder completa y honestamente a estas preguntas y de seguir todas las instrucciones proporcionadas en el momento de la vacunación, incluido el período obligatorio de control posterior a la vacunación de 15 o 30 minutos.**

**Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio que tengo 18 años o más y que consiento por mí mismo o soy el tutor legal del paciente mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para recibir o para que mi pupilo reciba la vacuna de COVID-19.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Paciente o tutor en letra de imprenta: apellido, nombre, inicial del segundo nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si es curador, PoA, se debe proporcionar documentación)

\_\_\_\_\_  
Fecha