

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. ¿Tiene un historia o factor de riesgo de trastornos de coagulación de la sangre? **Sí** **No**
13. ¿Estás embarazada? **Sí** **No**
14. ¿Está amamantando (amamantando)? **Sí** **No**
15. ¿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 sitio de aprovisionamiento de vacunación, el Community Health Center, ni ninguna de las partes liberadas serán, en ningún momento o en cualquier medida, responsables, responsables o de ninguna manera serán considerados responsables por cualquier pérdida, lesión, muerte o daño sufrido o sostenido por cualquier persona en cualquier momento, tiempo en relación 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.

PARA PACIENTES DE 16 O 17 AÑOS: 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 la vacuna requiere dos dosis y entiendo que ambas dosis deben administrarse en el intervalo de tiempo apropiado para que la vacuna sea eficaz. Doy mi consentimiento para la administración de ambas dosis a mi hijo dentro de ese intervalo de tiempo. Entiendo que a mi hijo se le harán varias preguntas de detección con respecto al 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 de seguimiento obligatorio de 15 o 30 minutos posterior a la vacunación.

PARA PACIENTES DE 15 AÑOS O MENOS: Un padre / tutor u otro adulto designado por el padre / tutor, que esté preparado para responder las preguntas de detección anteriores y tenga permiso del padre / tutor para buscar tratamiento médico de emergencia para el menor, DEBE acompañar al paciente para que el paciente reciba la vacuna COVID-19.

Nombre del adulto que acompaña al paciente menor (si no es el padre / tutor) _____

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