

Formulario de consentimiento para la vacuna **contra el COVID-19**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido legal del paciente:	Nombre legal del paciente:	Numero de telefono:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Sexo (Sexo asignado al nacer): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza: (Seleccione uno o más)			
Origen étnico; Hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> AS- Asiática/Isleña del Pacífico/Otra <input type="checkbox"/> BL- Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> CH-Chino <input type="checkbox"/> CA- Caucásico (blanco)/mexicano/puertorriqueño <input type="checkbox"/> FI-Filipino <input type="checkbox"/> HA-Hawaisno <input type="checkbox"/> IN- indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> JA- japonés <input type="checkbox"/> NW-Otro –no-blanco <input type="checkbox"/> UN desconosido			
Compañía de seguro o Medicare	ID #:	Grupo# (solo para el seguro médico)	Médico primario:	

Cuestionario de Evaluación para la vacuna

1. ¿Está usted enfermo actualmente o tiene fiebre alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha tenido una reacción alérgica potencialmente mortal con alguna vacuna u otra inyección en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Tiene alguna alergia a Benadryl, solumedrol, epinefrina, polisorbato, polietilenglicol o la ¿Vacuna contra el COVID-19 previa? Por favor liste:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Usted ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días? Liste:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Usted asido diagnosticado con el COVID-19 en los últimos 90 días? Si es así, ¿recibieron terapia de anticuerpos pasiva o plasma como parte de su tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. En los últimos 3 meses, Usted ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico, como cortisona, ¿Prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o recibió tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Usted tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Usted tiene algún problema de salud del pulmón, corazón, riñón, enfermedad metabólica (diabetes), síndrome de trombosis-trombocitopenia ¿Asma, un trastorno sanguíneo o hemorrágico, o toma un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Está usted embarazada o tiene posibilidades de quedar embarazada dentro del próximo mes? <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Ha recibido anteriormente la vacuna contra el COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, si, por favor seleccione: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha: _____	
12. ¿Ha tenido una reacción adversa a alguna vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ninguna
13. Si respondió sí a la pregunta 12, ¿la reacción adversa requirió atención médica de emergencia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ninguna

Por favor lea y marque cada una de las siguientes declaraciones y luego firme a continuación.

- Se me ha ofrecido una copia de la hoja informativa sobre la vacuna EUA para la vacuna contra el COVID-19, marcada abajo ya sea si se aceptada o no. He leído o me han explicado la información de la hoja informativa, incluidas las posibles reacciones adversas, los componentes de la vacuna, los posibles riesgos y qué hacer después de la vacuna.
- Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado hacer esta solicitud. Doy mi consentimiento para la inclusión de esta información de vacunación en el Registro de Inmunización de Kansas para mí o en nombre de la persona nombrada arriba.
- Entiendo la importancia de permanecer en la clínica durante 15 minutos después de que yo/ persona nombrada arriba recibamos esta vacuna. Entiendo que existe un mayor riesgo de reacciones alérgicas y episodios sincopales dentro de los primeros 15 minutos después de una vacuna, y si yo/ persona nombrada arriba optamos por salir de la instalación, asumo la responsabilidad por este riesgo.
- Si la persona nombrada arriba es menor de edad, por el presente juro solemnemente que tengo la custodia legal del menor mencionado. Doy autorización y consentimiento para que Saline County Vaccination Collaboration administre la vacuna contra el COVID-19 al menor mencionado arriba y proporcione evaluación médica y tratamiento durante todo el proceso de la vacuna, incluida la administración de medicamentos y llamar a Servicios médicos de emergencia para transporte al departamento de emergencias más cercano.

Firma de la paciente o padre/tutor: _____ Fecha _____

Staff use only:

VACCINE	DOSE	EXT	SITE	ROUTE	MANUFACTURER	LOT #	EXP DATE
Moderna	0.5 ml. 1 2 3 0.25 ml. B	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Moderna		
Pfizer	0.3 ml. 1 2 3 B	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Pfizer		
J & J	0.5 ml. 1 B	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM	Janssen		

Signature and Title of Vaccine Administrator _____ Date Given _____