

**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):<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Raza: (Seleccione uno o más)  |                                     |                  |                      |
| Origen étnico; Hispano o latino<br><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<br><input type="checkbox"/> CA- Caucásico (blanco)/mexicano/puertorriqueño <input type="checkbox"/> FI-Filipino<br><input type="checkbox"/> HA-Hawaisno <input type="checkbox"/> IN- indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> JA- japonés<br><input type="checkbox"/> NW-Otro –no-blanco <input type="checkbox"/> UN desconocido |                                     |                  |                      |
| 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, Síndrome de Guillain-Barré, ¿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<br>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 |

Favor de leer y marque cada una de las siguientes declaraciones que se apliquen a usted y luego firme.

- 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.
- Doy fe de que tengo suficiente riesgo de infección y/o complicaciones que califico para la vacuna administrada.
- 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<br>0.25 ml. B | RT LT | Deltoid<br>Vastus Lat | IM    | Moderna      |       |          |
| Pfizer  | 0.3 ml.<br>1 2 3 B          | RT LT | Deltoid<br>Vastus Lat | IM    | Pfizer       |       |          |
| J & J   | 0.5 ml.<br>1 B              | RT LT | Deltoid<br>Vastus Lat | IM    | Janssen      |       |          |

Signature and Title of Vaccine Administrator \_\_\_\_\_ Date Given \_\_\_\_\_