

Formulario de consentimiento y evaluación de COVID-19

En letra de imprenta

Sección 1: Información de la persona que recibe la vacuna

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Raza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena norteamericana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> Blanca |
| | <input type="checkbox"/> Otro raza |

Origen étnico

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No hispano o latino | <input type="checkbox"/> Hispano o latino |
|--|---|

Lengua materna

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español |
|---------------------------------|----------------------------------|

Lugar en que se administró: _____

Sección 2: Cuestionario de evaluación

¿Se siente enfermo el día de hoy?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha recibido terapia de anticuerpos para COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sufrido una reacción alérgica grave o con riesgo de vida, como urticaria, o dificultad para respirar debido a <i>cualquier</i> vacuna o inyección?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Está embarazado o en período de lactancia, o considera quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o ha sufrido alguna enfermedad autoinmune o alguna afección que debilite el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

¿Toma alguna medicación que afecte su sistema inmunitario, como esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido radioterapia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Autorización de uso urgente

La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) ha puesto a disposición la vacuna contra la COVID-19 conforme a una autorización de uso urgente (emergency use authorization, EUA). La autorización de uso urgente se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como lo es la pandemia de la COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que una vacuna con licencia o aprobada por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna a disposición bajo una autorización de uso urgente se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y en que la totalidad de la evidencia científica disponible demuestra que los beneficios potenciales y ya conocidos de la vacuna son mayores que los riesgos.

Consentimiento

He recibido, he leído (o me han explicado) y he comprendido la hoja informativa sobre la vacuna contra la COVID-19 que me proporcionaron. Por el presente autorizo a Salud Pública del Condado Lincoln a administrar la vacuna que he solicitado. El alcance de este consentimiento incluye la administración de la vacuna, el análisis con un proveedor en caso de que se solicite, el cuidado y el tratamiento inmediatamente posteriores a la administración en caso de ser necesario.

 Firma

 Fecha

Sección 3: para ser completada por el personal de vacunación

 Encargado de la vacunación

Vacuna que se administró	Administró	Lugar de administración de la vacuna
	<input type="checkbox"/> First dose <input type="checkbox"/> Second dose <input type="checkbox"/> Third dose <input type="checkbox"/> Booster	<input type="checkbox"/> Left deltoid <input type="checkbox"/> Right deltoid