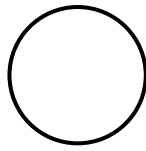
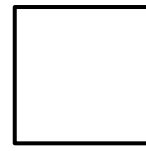
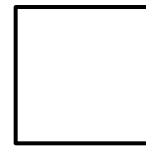
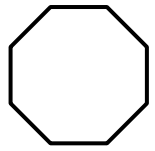




SPANISH

Vaccine Type
Pfizer/Moderna/J

Patient ID

Injector ID
or NameL/R arm or X
if not vax'dExtended
ObservationPARA USO EXCLUSIVO
DE LA CLÍNICA

© Equivax | Form V1 | Last Updated 3/21/2021 | equivax.org/consent-forms

¡Bienvenido!

	Yes	No
1. ¿Ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos 10 días: fiebre (más de 100.4F), escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolor muscular, dolor de cabeza, cambios recientes en el sentido del olfato y el gusto, dolor de garganta, congestión o mucosidad nasal, náuseas, vómitos o diarrea?	☐	☐
2. ¿Ha recibido antes la vacuna contra el COVID -19?	☐	☐
3. ¿Tiene alergia a ALGÚN medicamento, alimento o látex (ej. huevos, gelatina, timerosal, neomicina, gentamicina, etc.)?	☐	☐
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de recibir una vacuna?	☐	☐
5. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convalecientes) como tratamiento contra el COVID-19?	☐	☐
6. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?	☐	☐
7. ¿Ha salido positivo en una prueba de COVID-19 en las últimas 2 semanas?	☐	☐
8. ¿Tiene alguna condición médica o toma algún medicamento que puede debilitar su sistema inmunológico? Si la respuesta es Sí, indique cuál(es): _____	☐	☐
9. ¿Está embarazada o dando de lactar?	☐	☐

Consentimiento con conocimiento y cuestionario sobre la vacuna contra el COVID-19

Consentimiento con conocimiento: Por favor, lea y firme.

Con mi firma a continuación, consiento que me pongan la vacuna. Igualmente, libero a **Natomas USD** y a sus afiliados, empleados y voluntarios de toda responsabilidad, incluidos actos de omisión o comisión, resultantes o derivados de esta vacunación. Entiendo que: 1) He elegido voluntariamente recibir la vacuna. 2) Soy mayor de edad y tengo la autoridad para firmar este formulario de consentimiento. 3) Alertaré inmediatamente al administrador de la vacuna de cualquier condición médica que pueda afectar negativamente a mi salud personal o a la eficacia de la vacuna. 4) Me han hablado de los posibles efectos secundarios de la vacuna, cuándo pueden ocurrir, y cuándo y dónde debo buscar tratamiento. Soy responsable de hacer seguimiento con mi médico a mi propio costo si experimento efectos secundarios. 5) Debo permanecer en la zona durante 15 minutos después de la vacuna para la observación o 30 minutos si he informado que tengo alergias o reacciones graves a medicamentos, alimentos o látex. 6) He leído, pedido que me lean, la hoja informativa proporcionada sobre la(s) vacuna(s) que me van a poner. He tenido oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas. 7) Esta vacuna, incluida cualquier vacuna concedida con protección adicional de la privacidad bajo las leyes estatales o federales, está sujeta a reportes ante las autoridades de inmunización, las cuales podrán compartir mis datos de inmunización con otros o el Departamento de Salud local, si corresponde, y autorizo estas divulgaciones.

Nombre legal del paciente

Firma

Fecha

¿Eres hispano / latino?

Sí ☐

No sé ☐

No ☐

Código Postal (Zip)

Fecha de nacimiento

Raza

Dirección de correo electrónico

Número Celular

La clínica escaneará su tarja de identidad

Nombre de la madre

Firma del padre / tutor (si el
paciente es menor de 18 años)

