

# Nacogdoches: Consentimiento para la vacuna contra COVID-19

**SPANISH /  
ESPAÑOL**

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE**

Fecha  / / 2021	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ra</sup> dosis Moderna <input type="checkbox"/> 2 <sup>da</sup> dosis Moderna <input type="checkbox"/> 1 <sup>ra</sup> dosis Pfizer <input type="checkbox"/> 2 <sup>da</sup> dosis Pfizer <input type="checkbox"/> 1 dosis J&J-Janssen	Fecha de primera dosis  / / 2021
-----------------------	--	--

Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de nacimiento MES / DÍA / AÑO
----------	--------	------------------------	--

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Condado	Número de teléfono	Correo electrónico
---------	--------------------	--------------------

Información demográfica requerida por el Estado pero no usada para otros propósitos:  Nativo americano / Nativo de Alaska  Asiático  Afroamericano  Hispano / Latino  Nativo de Hawái / de la Polinesia  Caucásico  Otro

¿Es maestro/a o trabajador/a de cuidado infantil?  Sí  No       Hombre  Mujer  Otro

<b><i>Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para vacunarse de manera segura el día de hoy.</i></b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sé</b>
¿Tiene fiebre o se siente mal hoy?			
¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?			
¿Ha experimentado en los últimos 14 días algunos de los siguientes síntomas: fiebre, tos inusual, falta de aire/dificultad para respirar inusual?			
¿Le han diagnosticado con COVID-19 a usted o a algún miembro de su hogar en los últimos 14 días?			
¿Tiene alergias a medicamentos o comidas (p. ej. huevos), látex, o a algún componente de la vacuna (p. ej. proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol o timerosal)? Si es así, por favor liste sus alergias:			
¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente como tratamiento en contra de COVID-19 en los últimos 90 días?			
¿Alguna vez ha tenido una reacción seria a la vacuna contra el COVID-19, la vacuna de la influenza, o alguna otra vacuna o medicamento? Si es así, por favor escriba la vacuna o el medicamento:			
¿Alguna vez ha tenido un trastorno convulsivo para el cual toma medicamentos, un trastorno cerebral, síndrome Guillain-Barre (una enfermedad que causa parálisis) o algún otro problema del sistema nervioso?			
¿Está tomando anticoagulantes o tiene alguna enfermedad sanguínea?			
¿Está embarazada, lactando o considerando quedar embarazada dentro del próximo mes?			



Si tuvo una reacción alérgica severa a la primera dosis, avísele a su administrador de vacuna y  
**NO TOME LA SEGUNDA DOSIS.**

La enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, que apareció a finales del 2019. Es una enfermedad principalmente respiratoria que puede afectar otros órganos. Las personas con COVID-19 han reportado una gran variedad de síntomas, desde síntomas leves hasta enfermedades severas.

Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de ser expuesto al virus. Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos; tos; falta de aire; fatiga; achaques musculares o corporales; pérdida del olfato o del gusto; dolor de garganta; congestión o moqueo; náuseas o vómito; diarrea.

**No debería tomar esta vacuna si usted:**

- tuvo una reacción alérgica severa después de una dosis previa de esta vacuna.
- tuvo una reacción alérgica severa a algún ingrediente de esta vacuna.
- no cumple con la edad indicada (>16 años para la vacuna Pfizer o >18 años para la vacuna Moderna).
- ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente como tratamiento en contra del COVID-19 en los últimos 90 días.

**Hable con su médico sobre si debiese tomar la vacuna contra el COVID-19 si sufre de los siguientes:**

- tiene alergias
- tiene fiebre
- tiene un trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes
- es inmunocomprometido o si toma algún medicamento que afecte su sistema inmunológico.
- está embarazada o planea quedar embarazada.
- está amamantando
- ha recibido otra vacuna contra el COVID-19

Eventos serios, inesperados y desconocidos pueden ocurrir tras recibir la vacuna contra el COVID-19 y pueden ser más frecuentes después de la segunda dosis. La autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) indica que los efectos secundarios que se han reportado incluyen: **Reacciones al sitio de inyección:** dolor, inflamación(hinchazón), enrojecimiento, sensibilidad e inflamación de los nódulos linfáticos. **Efectos secundarios generales:** cansancio/fatiga, malestar, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor de las articulaciones, escalofríos, náusea, vómito y fiebre. Existe una posibilidad remota que la vacuna contra el COVID-19 le cause una reacción alérgica severa. Signos de una reacción alérgica severa incluyen: dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, pulso acelerado, sarpullido por todo el cuerpo, mareo y debilidad.

Una reacción alérgica severa usualmente ocurriría dentro de unos minutos a una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra el COVID-19.

Si después de recibir la vacuna experimenta alguna complicación que pueda estar relacionada con la vacuna contra el COVID-19, contacte a su médico y a su administrador de vacuna para un reporte potencial.

- He leído y entiendo este formulario para la vacuna contra el COVID-19.
- He recibido, leído y entiendo la Hoja Informativa de la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para Receptores.
- He tenido la oportunidad de comentar cualquier preocupación con mi médico.
- La administración de la vacuna no crea una relación entre paciente-proveedor entre el administrador de vacuna y el recipiente.
- Entiendo los riesgos y los beneficios de la vacuna contra el COVID-19.
- Cumpló con la edad mínima para recibir la vacuna que se me suministrará.
- No he tenido una reacción alérgica severa a una dosis previa de cualquier vacuna contra el COVID-19.
- No tengo una alergia severa a cualquier componente de esta vacuna.
- Entiendo que mi información y mi estatus de vacunación serán reportados al estado.
- Entiendo que debo quedar en observación (15 minutos o 30 minutos con historial de reacción anafiláctica por cualquier razón)
- Solicito recibir la vacuna contra el COVID-19 libre y voluntariamente.

Firma	Fecha
-------	-------

**Esta sección será llenada por la clínica**

Manufacturer	Lot#	Exp. Date
Moderna Pfizer J&J		
Route (IM Deltoid Muscle)	Date/Time Given	Administrator
Left Right		