

Consentimiento para la vacuna COVID-19

Por favor escriba claramente

Fecha: _____ Está aquí para su: Primera dosis Segunda dosis
 Tipo de vacuna de la primera dosis: Moderna Pfizer Fecha de la primera dosis: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____
 Código postal: _____ Condado de residencia: _____
 Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

EEO: Blanco Asiático Hispano/Latino Afroamericano Nativo de las Islas Pacífico/Hawaiano Otro

Genero: Masculino Femenino

La información de seguimiento de EEO es requerida por los estados y no se utilizará para ningún otro propósito.

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para una vacuna hoy.	SÍ	NO	Inseguro
¿Te sientes enfermo hoy?			
Por favor marque cualquiera de esas siguiente si los ha experimentado en los últimos 14 días: <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos inusual <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar inusual			
¿Le han diagnosticado COVID-19 a usted o a un contacto del hogar en los últimos 14 días?			
1. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos (por ejemplo, huevos), látex o algún componente de la vacuna (por ejemplo, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, timerosal)? 2. En caso afirmativo, enumere las alergias / alergias: _____			
¿Ha recibido anticuerpo monoclonal o plasma de convalecencia para el tratamiento de COVID-19 en los últimos 90 días?			
1. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna COVID-19, alguna otra vacuna o algún medicamento? 2. En caso afirmativo, indique la vacuna o el medicamento: _____			
Marque cualquiera de los siguientes que tenga o haya tenido alguna vez: <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo por el que está tomando medicamentos anticonvulsivos <input type="checkbox"/> Trastorno cerebral <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barre (una condición que causa parálisis) <input type="checkbox"/> Cualquier otro trastorno del sistema nervioso.			
¿Está tomando anticoagulantes o tiene un trastorno hemorrágico?			
Para las mujeres: ¿Está embarazada, en periodo de lactancia o está pensando en quedar embarazada en el próximo mes?			
¿Tiene alguna enfermedad crónica o problema de salud a largo plazo? En caso afirmativo, marque con un círculo todo lo que corresponda: Anemia Asma Diabetes Enfermedad del Cardíaca Enfermedad del Renal Enfermedad del Hepática Enfermedad del Pulmonar EPOC Trasplante de órganos sólidos BMI > 30 kg Enfermedad de células falciformes			

Si tuvo una reacción alérgica grave a la primera dosis, informe al administrador y

NO TOME LA SEGUNDA DOSIS.

COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus, SARS-Co-V-2.

El virus apareció a finales de 2019. Es predominantemente una enfermedad respiratoria que puede afectar a otros órganos.

Las personas con COVID-19 han informado una amplia gama de síntomas, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves.

Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus.

Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas / vómitos y diarrea.

No debe recibir esta vacuna si:

-Ha tenido una reacción grave después de una dosis anterior de esta vacuna.

-Ha tenido una reacción alérgica grave a cualquier componente de esta vacuna.

-No cumpla con las indicaciones de edad (≥ 18 para la vacuna de Moderna o ≥ 16 para la vacuna de Pfizer).

-Haber recibido un anticuerpo monoclonal o plasma de convalecencia para el tratamiento con COVID-19 en los últimos 90 días.

Hable con su médico sobre la posibilidad de recibir una vacuna COVID-19 si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

-Tiene alguna alergia

-Hoy tengo fiebre

-Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante.

-Está inmunodeprimido / está recibiendo un medicamento que afecta su sistema inmunológico

-Está embarazada / amamantando / planea quedar embarazada

-Ha recibido una vacuna COVID-19 que no sea Moderna

Pueden ocurrir eventos adversos graves, inesperados y desconocidos al recibir la vacuna COVID-19 y pueden ser más frecuentes después de esa segunda dosis que de la primera.

El EUA afirma que los efectos secundarios que se han informado incluyen: Reacciones en el lugar de la inyección: dolor, hinchazón, enrojecimiento, sensibilidad e hinchazón de los ganglios linfáticos.

Efectos secundarios generales: cansancio / fatiga, malestar, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor en las articulaciones, escalofríos, náuseas, vómitos y fiebre.

Existe una posibilidad remota de que la vacuna COVID-19 pueda causar una reacción alérgica grave.

Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir: dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, ritmo cardíaco acelerado, una erupción cutánea grave en todo el cuerpo o mareos y debilidad.

Reacciones alérgicas graves: generalmente ocurren entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la vacuna COVID-19.

Si experimenta alguna complicación que pueda estar relacionada con la vacuna COVID-19, comuníquese con su médico y administrador de la vacuna para un posible informe.

Lea lo siguiente antes de firmar a continuación:

-He leído y entiendo este consentimiento de COVID-19.

-He recibido, leído y comprendido la Hoja de datos de autorización de uso de emergencia para destinatarios

-Tuve la oportunidad de discutir cualquier inquietud con mi médico.

-La administración de la vacuna no crea una relación paciente / proveedor entre el administrador y el paciente.

-Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna COVID-19.

-Cumpló con los requisitos de edad descritos en este documento.

-No tuve una reacción alérgica grave después de recibir una dosis anterior de la vacuna COVID-19 Moderna.

-No tengo una alergia grave a ningún componente de esta vacuna.

-Entiendo que mi información y el estado de la vacuna se comunicarán al estado.

-Entiendo que debo permanecer en el lugar para observación (al menos 15 minutos y 30 minutos si hay antecedentes de reacciones alérgicas graves por cualquier causa).

-Solicito libre y voluntariamente recibir la vacuna COVID-19.

Firma o consentimiento de los padres: _____ Fecha: _____

Manufacturer: _____	Lot: _____	Exp. Date: _____
Route: IM (Circle one) Left deltoid Right deltoid Date/Time Vaccine given _____		
Signature of Vaccine Administrator _____		
Printed Name of Vaccine Administrator _____		