



Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra COVID-19 2020-2021

1. Apellido _____ Nombre _____
2. Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____
3. Seguro Social # _____ 4. Género: Hombre/Mujer/No binario/Desconocido
(encierre la respuesta con un círculo)

Preguntas preliminares:

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Le han entregado hoy la hoja de información sobre el permiso para uso de emergencia de la vacuna (EUA por sus siglas en inglés)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido una reacción anafiláctica (adversa) a una vacuna o terapia inyectable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene una alergia anafiláctica (adversa) al polisorbato o al glicol de polietileno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene fiebre (temperatura > 100.4 °F / 38 °C), o se siente enfermo(a) hoy con síntomas entre moderados a fuertes? (por ejemplo, fiebre alta) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está embarazada, lactando, o planeando quedar embarazada en los próximos 28 días?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está teniendo ahora síntomas de COVID-19 (dificultad para respirar, tos, fiebre, dolor muscular sin explicación, cansancio extremo, dolor de garganta, congestión, pérdida de olfato o sabor), o ha estado en contacto en los últimos 14 días con una persona que tuvo una prueba positiva de COVID?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha puesto otra vacuna en los últimos 14 días, o tiene planes de ponerse otra vacuna en los próximos 14 días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Recibió anticuerpos monoclonales como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Firma del (de la) participante para dar consentimiento informado:

- Certifico que recibí y leí la hoja de información sobre el permiso para uso de emergencia de la vacuna (EUA) con respecto a los beneficios y riesgos de la vacuna contra COVID-19.
- Si estoy embarazada y/o recibiendo tratamientos de fertilidad, ya hablé con mi médico sobre ponerme la vacuna contra COVID-19 y recibí aprobación para ponerme la vacuna contra COVID-19.
- Certifico que tuve oportunidad para hacer mis preguntas sobre la vacuna y me las contestaron
- Por ese medio doy mi consentimiento para vacunarme
- Para asegurar que mi expediente médico personal incluya que recibí la vacuna contra COVID-19, la confirmación de esta vacuna se documentará en mi expediente médico personal en el sistema EPIC.

Firma: _____ Fecha: _____

Certifico que entiendo y estoy de acuerdo con la autorización anterior. Mi nombre escrito arriba tendrá la misma fuerza y efecto que mi firma.

Si es menor de 18 años, se requiere consentimiento de uno de los padres:

Firma del padre o la madre: _____

Certifico que entiendo y estoy de acuerdo con la autorización anterior. Mi nombre escrito arriba tendrá la misma fuerza y efecto que mi firma.

Testigo de la firma por uno de los padres: _____ Fecha: _____

Para Uso Interno Solamente (Personal de Vacunación)

<u>Vaccine</u>	<u>Manufacturer</u>	<u>Dose</u>	<u>Route</u>	<u>Site</u>	<u>Lot #</u>	<u>Exp. Date</u>
<input type="checkbox"/> COVID-19 EUA	Pfizer	0.3ml	IM	<input type="checkbox"/> L delt <input type="checkbox"/> R delt	_____	_____
<input type="checkbox"/> COVID-19 EUA	Moderna	0.5ml	IM	<input type="checkbox"/> L delt <input type="checkbox"/> R delt	_____	_____

Vaccinator Signature _____ Date: _____