

Formulario de consentimiento para la vacunación contra la COVID-19



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Masculino o femenino
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Dirección de correo electrónico: _____@_____ Número de teléfono: _____
 Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre pruebas de detección, clínicas de vacunación y otras promociones.

Raza: Blanco Hispano o latino Negro o afroamericano
 Nativo americano o nativo de Alaska Asiático Hawaiano Nativo o de otra Isla del Pacífico Otro

HISTORIAL MÉDICO: Responda las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna. Si responde "Sí", es posible que no pueda recibir la vacuna contra la COVID-19.

| Sección 1: | *Sí | NO |
|---|-----|----|
| * Si la respuesta es Sí y necesita más orientación, consulte el sitio web de Pfizer en www.PfizerMedInfo.com o llame al 1 800 438 1985 para obtener información sobre las variaciones de temperatura, la eficacia, la seguridad, la estabilidad, la dosis, los componentes de la vacuna, el mecanismo de acción y la administración de la vacuna. Para obtener una descripción general de los proveedores de vacunación sobre la vacuna de Moderna contra la COVID-19, consulte en www.modernatx.com o llame al 1 866 MODERNA. | | |
| ¿Ha recibido una vacuna contra la COVID-19 anteriormente? Si la respuesta es "sí", ¿cuál es la fecha? Fecha: _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer | | |
| ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? La vacuna de Pfizer-BioNTech o Moderna contra la COVID-19 debe administrarse sola con un intervalo mínimo de 14 días antes o después de cualquier otra vacuna. | | |
| ¿Tiene fiebre hoy? ¿Está enfermo hoy? ¿Tiene una infección por COVID-19 y actualmente está aislado? ¿Está actualmente en cuarentena por haber estado expuesto a la COVID-19? | | |
| ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (reacción anafiláctica) a alguna vacuna, componente de vacuna o terapia inyectable? (incluida la vacuna de Pfizer- BioNTech o Moderna contra la COVID-19) Como dificultad para respirar, hinchazón de cara y garganta, frecuencia cardíaca acelerada, sarpullido en todo el cuerpo, mareos y debilidad. | | |
| ¿Está embarazada, amamantando o planea quedar embarazada? Las mujeres de este grupo pueden recibir la vacuna de Pfizer-BioNTech o Moderna contra la COVID-19; hablar con su proveedor de atención médica puede ayudarle a tomar una decisión informada. | | |
| ¿Está inmunodeprimido o tiene VIH, cáncer, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, anemia falciforme, obesidad grave, fuma o tiene diabetes mellitus? ¿Está recibiendo alguna terapia inmunosupresora? Estas personas todavía pueden recibir la vacuna de Pfizer-BioNTech o Moderna contra la COVID-19 a menos que se indique lo contrario. | | |
| ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o terapia con plasma de personas convalecientes como parte del tratamiento contra la COVID-19? La vacuna de Pfizer-BioNTech o Moderna contra la COVID-19 debe posponerse durante al menos 90 días para evitar la interferencia del tratamiento con las respuestas inmunitarias inducidas por la vacuna. | | |
| NOTA: Según el tipo de vacuna, es posible que deba administrarse una segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 en 21 o 28 días después de la primera vacuna. Consulte su tarjeta de registro de vacunación contra la COVID-19 para conocer la fecha de vencimiento de la segunda dosis. Comuníquese con su PCP o su Unidad de salud local de ADH en 21 o 28 días para obtener más información. Guarde su tarjeta de registro de vacunación contra la COVID-19 como prueba de la fecha de la primera vacuna. | | |
| Sección 2: DIVULGACIÓN Y CESIÓN: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • He leído o me han explicado la Hoja informativa de Autorización de uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) del destinatario de la vacuna sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra la COVID-19. Para leer la Hoja informativa de Autorización de uso de emergencia del destinatario de la vacuna para cada vacuna, visite el sitio web www.cvdvaccine.com; o también puede visitar la Unidad de salud local o un proveedor privado para recibir una copia impresa de la Hoja Informativa de la EUA. Para leer la Autorización de uso de emergencia del destinatario de la vacuna para la vacuna de Moderna contra la COVID-19, visite el sitio web https://www.fda.gov/media/144638/download o (modernatx.com) • Doy mi consentimiento a este proveedor o al personal de COVID-19 para que la persona especificada abajo reciba la vacuna contra la COVID-19. • Por la presente, reconozco que he revisado una copia del Aviso de privacidad del proveedor. • Entiendo que la información sobre esta vacuna contra la COVID-19 se incluirá en el Sistema de información sobre vacunación de Arkansas (Arkansas Immunization Information System, WebIZ). | | |
| A mi compañía de seguros: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Autorizo a que se revele cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro. • Autorizo y solicito el pago de beneficios médicos directamente a este proveedor de COVID-19. • Estoy de acuerdo en que la autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que revoque la autorización. • Estoy de acuerdo en que se pueda usar la fotocopia de este formulario en lugar del original. | | |

Mi firma abajo indica que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la sección 2. **Divulgación y Cesión** del Formulario de consentimiento para la vacunación contra la COVID-19 y la Hoja informativa de Autorización de uso de emergencia del destinatario de la vacuna (EUA).

Firma del paciente o el tutor legal X: _____ Fecha: _____

Abajo se encuentra la documentación de la farmacia.

| | | | |
|--|---|--|-----------------------------|
| Vacuna contra la COVID-19 con almacenamiento ultrarápido | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pfizer BioNTech | | <input type="checkbox"/> Primera dosis | |
| | | <input type="checkbox"/> Segunda dosis | |
| | | Lote #: _____ | Fecha de vencimiento: _____ |
| Vía | Código del lugar | Dosificación mL | Código de fabricación PFR |
| <input checked="" type="checkbox"/> IM | <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD | 0.3 mL | |
| Códigos de fabricación: PFR=Pfizer, MOD=Moderna, ASZ=AstraZeneca, JSN=Janssen, NVX=Novavax, MSD=Merck | | | |
| Códigos del lugar: deltoides derecho = RD, deltoides izquierdo = LD, pierna derecha = RL, pierna izquierda = LL, brazo derecho = RA, brazo izquierdo = LA | | | |

Administrada por: _____ Cargo: _____ Fecha de administración: _____

