

Formulario de consentimiento para la vacunación contra la COVID-19



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____ Género: Masculino o femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Código postal: _____ @ _____ 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

¿Cómo se enteró de esta clínica para vacunarse hoy día?

- Televisión Redes Sociales
 Radio Recomendación
 Valla Publicitaria Otro, por favor describa: _____

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: _____ Typo: <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está embarazada, amamantando o planea quedar embarazada? Las mujeres de este grupo pueden recibir la vacuna de Pfizer-BioNTech o Moderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

- 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:

- 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.

<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech (12+ Años)	<input type="checkbox"/> Primera dosis	Lote #: _____
<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech (5 a 11 Años)	<input type="checkbox"/> Segunda dosis	Fecha de vencimiento: _____
<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Tercera Dosis/Dosis de Refuerzo	
<input type="checkbox"/> Otra		
Vía <input type="checkbox"/> IM	Código del lugar <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	Dosificación mL <input type="checkbox"/> 0.2mL <input type="checkbox"/> 0.25mL <input type="checkbox"/> 0.3mL <input type="checkbox"/> 0.5mL <input type="checkbox"/> Other
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: _____

