



# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19



**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Hombre:** \_\_\_ **Mujer:** \_\_\_ **Otra:** \_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
**Edad:** \_\_\_\_  
**¿Usted tiene étnia hispana?** \_\_\_Sí \_\_\_No \_\_\_Desconocido \_\_\_Rechazado  
**Raza (marque todo lo que corresponda):** \_\_\_Indio americano/Nativo de Alaska \_\_\_Asiático \_\_\_Blanco  
 \_\_\_Otra \_\_\_Negro/afroamericano \_\_\_Nativo hawaiano/isleño del Pacífico

## EXAMEN DE VACUNACIÓN COVID-19

<b>1. ¿Tiene fiebre hoy o se siente enfermo?</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? Si es así, ¿qué producto de vacuna? Pfizer Moderna Otro producto _____</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia)? O por ejemplo, ¿una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o por la que tuvo que ir al hospital?</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>4. ¿Fue esta reacción alérgica grave después de recibir una vacuna COVID-19?</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>5. ¿Fue esta reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>6. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>7. ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19? Fecha _____</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>8. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>10. ¿Está embarazada o amamantando?</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>

- Yo he recibido la hoja de información del aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) de esta clínica.
- Yo he recibido y leído la AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) sobre la vacuna COVID-19 que se administrará. Soy consciente de que algunas personas pueden experimentar reacciones físicas a la inyección; tales como (pero no limitado a) dolor en el lugar de inyección, mareos o desmayos. Yo entiendo los beneficios y riesgos y solicito que se me administre la vacuna a mí, o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.
- Yo soy consciente de que debo esperar 15 minutos después de la inyección para que me observen si hay una reacción a la vacuna.

Firma del cliente/padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Client Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

**YCPH OFFICE USE ONLY**

<b>COVID-19 Brand:</b>	<b>Dose Amt:</b>	<b>Lot #</b>	<b>Exp.</b>
		<b>Injection Site: R</b>	<b>L DELTOID</b>
<b>Dose #:</b>		<b>Client tolerated well?</b>	
1 2 3		<b>Yes No</b>	
		<i>(Check One)</i>	
<b>Booster #:</b>		<b>Time Given:</b>	
1 2			
<i>(Check One)</i>		<b>15-minute wait done at:</b>	

Patient here for COVID vaccine. Patient given EUA handout, and all questions answered. Vaccine card given to patient.

**Vaccine Administrator Signature/ Title:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**2<sup>nd</sup> Vaccine Administrator Signature/ Title:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_