

Formulario de consentimiento para la vacuna contra la COVID-19

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		Ciudad, estado y Código postal:		
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:	SS#:	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino		Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro		
Dirección de correo electrónico:		Doctor principal:		Teléfono de Doctor:
Compruebe qué casilla(s) le describen: <input type="checkbox"/> Trabajador esencial <input type="checkbox"/> Primer Respondedor <input type="checkbox"/> Trabajador Sanitario <input type="checkbox"/> Persona con una condición crónica <input type="checkbox"/> Residente de un centro de atención u otro entorno de grupo <input type="checkbox"/> 65 años o más <input type="checkbox"/> Educador <input type="checkbox"/> Nada de esta lista.				

Historia Medica Pasada

	SÍ	NO
¿Te sientes mal hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ya ha recibido una vacuna COVID 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿qué producto vacuna? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Otros: _____ Fecha:		
¿Alguna vez has tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la que te trataron con epinefrina o EpiPen®, o para la que tuviste que ir al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Fue la reacción grave a alguna vacuna o medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Lleva un EpiPen®?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es alérgico al polisorbato o al polietilenglicol o algún componente de la vacuna? ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes un sistema inmunitario debilitado causado por algo como infección por VIH o cáncer o tomas medicamentos o terapias inmunosupresores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tuvo COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• En caso afirmativo, ¿cuándo? _____		
¿Ha tenido globulina inmune, anticuerpos monoclonales, suero convaleciente o una transfusión de sangre en los últimos 90 días (3 meses)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 2-14 días ha experimentado fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares / corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida de sabor u olfato, dolor de garganta, congestión o nariz con muecas, náuseas o vómitos, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 2-14 días usted es consciente de estar expuesto a alguien que dio positivo para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está embarazada o planea estar embarazada en los próximos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estás amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido otra vacuna o inyección en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enumere cualquier alergia:		

Consentimiento Para Inmunizar:

	SÍ	NO
Revisé una copia de la Autorización de Uso de Emergencia de la FDA de Vacunación (EUA) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los riesgos y beneficios de esta vacunación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo efectos secundarios comunes pueden incluir enrojecimiento en el sitio de inyección, hinchazón, o dolor, hinchazón de los ganglios linfáticos en el brazo de inyección, dolores o dolor muscular, dolor en las articulaciones, fatiga, dolor de cabeza, temblores o escalofríos, fiebre, síntomas gastrointestinales, malestar general, y que los beneficios incluyen la prevención de la enfermedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo que se recomienda que me quede en el lugar 15-30 minutos después de la inyección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este registro de vacunación será reportado al Servicio de Seguimiento de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Estado y a los proveedores de atención primaria de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi consentimiento para que se me administre la vacunación y que el inmunizador inicie el plan médico de emergencia si es necesario debido a una reacción a la vacunación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy consciente de los posibles riesgos y efectos secundarios de la vacuna como se describe en la literatura, así como el riesgo de la enfermedad que previene. Por la presente renuncio a cualquier responsabilidad hacia Farmacia y/o su empleado administrador de posibles efectos adversos asociados con la administración de la vacuna. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar la reclamación y por la presente asigno todos los beneficios de seguros, Medicare, Medicaid y otros terceros pagadores por los servicios prestados. Me		

Formulario de consentimiento para la vacuna contra la COVID-19

han ofrecido la Política de Privacidad de HIPAA.

Información del seguro (proporcione una copia)

Tarjeta de seguro médico (la vacuna está cubierta por el Estado y no se cobrará al seguro. La tarifa de administración se facturará al seguro).

Tarjeta de seguro para el beneficio de prescripción (la vacuna está cubierta por el estado y no se cobrará al seguro. La tarifa de administración se facturará al seguro).

Si no tiene seguro, debe marcar la casilla a continuación para dar fe de que la siguiente información es verdadera y precisa:

No tengo ningún seguro, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno.

Firma Persona que recibe la vacuna o padre o tutor, si el destinatario es un menor	Fecha	relación (Si Menor)
---	--------------	----------------------------

TO BE COMPLETED BY IMMUNIZER

PFIZER-BIONTECH COVID-19 Vaccine
 (Nucleoside-modified mRNA encoding the viral spike (S) glycoprotein of SARS-CoV-2)
ROUTE: Intramuscular (IM)
DOSE: 0.3ml
AGE: 16 years or older
Schedule: First Dose followed by 2nd dose 21 days later.
Vial Dilution: 1.8 ml of 0.9% Sodium Chloride Injection
Storage: Freezer -112°F to -76°F or -13° to 5° for up to 2 weeks.
 Refrigerator 36° to 46°F up to 5 days prior to first use. Diluted vials stored between 35°F-77°F
 Discard diluted vial after 6 hours.
 Protect from light
 Mix by gently swirling in upright position. DO NOT SHAKE.
Manufacturer: Pfizer BIONTECH

MODERNA COVID -19 Vaccine
 (Nucleoside-modified mRNA encoding the viral spike (S) glycoprotein of SARS-CoV-2)
ROUTE: Intramuscular (IM)
DOSE: 0.5ml
AGE: 18 years or older
Schedule: First Dose followed by 2nd dose 28 days later.
Storage: Freezer -13° to 5°F
 Refrigerator 36° to 46°F up to 30 days prior to first use.
 After 1st dose has been withdrawn, store 36° to 77°F.
 Discard vial after 6 hours.
 Protect from light
 Mix by gently swirling in upright position. DO NOT SHAKE.
Manufacturer: Moderna Therapeutics

Janssen COVID-19 Vaccine
 (Recombinant, replication-incompetent human adenovirus serotype 26 (Ad26) vector, encoding the SARS=CoV-2 viral spike (S) glycoprotein.)
ROUTE: Intramuscular (IM)
DOSE: 0.5ml
AGE: 18 years or older
Schedule: Single dose
Storage: Unpunctured multi-dose vials in Refrigerator 36° to 46°. Do not store frozen. Unpunctured vials may be store between 47° to 77° for up to 12 hours.
 After first puncture, store in refrigerator up to 6 hours or at room temperature for up to 2 hours. Discard vial if not used within these times.
 Protect from light.
 Mix by gently swirling in upright position. DO NOT SHAKE.
Manufacturer: Janssen Biotech/Johnson & Johnson

First Dose
 Site of Administration:
 Left Deltoid Right Deltoid

Second Dose
 Site of Administration:
 Left Deltoid Right Deltoid

Lot #:
 Expiration:

Lot #:
 Expiration:

Signature/ Title/ DATE Administered

Signature/ Title/ DATE Administered

Next Dose Scheduled Date _____

NOTES:

- Billed insurance Faxed Completed Series Primary Healthcare Provider
 Reported to Immunization Tracking Service E-Care Plan Completed