

2020-2021 Formulario de consentimiento para la vacuna contra COVID-19

IMPRIMIR NOMBRE LEGAL: _____		FECHA: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		EDAD: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____	
nombre del contacto de emergencia: _____		Número de contacto de emergencia: _____	
Marque uno: (DEBE presentarse una identificación y uno de los siguientes: insignia, licencia profesional, carta firmada del empleador con instalación membrete o talón de pago con nombre)			
☐ Trabajador de salud (incluyendo farmacia, odontología, etc.) ☐ 65 años o más			
☐ Oficial de ley (responde a emergencias médicas o trabajar en áreas con tasas de COVID positivas altas o instalaciones con brotes)			
☐ otro: _____			
Raza: ☐ Indígena americana o nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana ☐ Blanca ☐ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐ No informado / se niega a informar			
Ethnicity: ☐ Latino/Hispano ☐ No-Latino/Hispano ☐ No informado / se niega a informar			
Responda las preguntas siguientes:			
1. ¿Te sientes enfermo hoy??		Yes No	
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?		Yes No	
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: Un componente de la vacuna COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia. • Polisorbato • Una dosis previa de la vacuna COVID-19		Si No Si No Si No	
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a otra vacuna o medicamento inyectable? (reacción anafiláctica que requirió tratamiento con epinefrina o que lo llevó al hospital)		Si No	
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o alguna vacuna o medicamento inyectable? (esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, ambientales u medicamentos orales)		Si No	
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?		Si No	
7. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva de COVID-19 o el médico le dijo que tuvo COVID-19 en los últimos 90 días?		Si No	
8. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?		Si No	
9. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como la infección por VIH o el cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?		Si No	
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? En caso afirmativo,		Si No	
11. Está embarazada o amamantando?		Si No	
RECONOCIMIENTO: Mi firma a continuación indica que he revisado y leído la hoja de datos de la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios, riesgos y efectos secundarios de la vacuna COVID-19. Entiendo que las respuestas anteriores basadas en mi salud determinarán mi elegibilidad para recibir la vacuna COVID19. Doy mi consentimiento para recibir la vacuna COVID-19. Firma: _____ Fecha: _____			

USO DE OFICINA ÚNICAMENTE

☐ 1 st Dose	Vaccine: Moderna	Lot #:	Dose: 0.5 ml	Route/Site:	Administered By:	Authorized by:
☐ 2 nd Dose	COVID19	Exp date:			Date:	

Verified by if applicable: