

Vacuna COVID-19

Formulario de Consentimiento

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:		Si	No	No Estoy Seguro(a)
1.	¿Se siente enfermo el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tiene alguna condición como cáncer o VIH/ SIDA que debilita el sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Toma usted algún medicamento como prednisona o medicamentos contra el cáncer que debilitan el sistema inmunológico o ha recibido recientemente tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Estás embarazada o amamantando? En caso de que sea si, por favor consultar con OBGYN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	En los últimos 10 días, ¿ Se ha hecho la prueba del COVID-19 o un proveedor de atención médica o el departamento de salud le ha dicho que se aisle o se ponga en cuarentena en casa por una infección o exposición a COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Ha sido tratado con terapia de anticuerpos por COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)? Si es un sí, ¿Cuándo recibió la última dosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Ha recibido alguna vacuna en los pasados 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Toma usted medicamentos anticoagulantes como Coumadin o Aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Tiene usted historial de reacciones alérgicas severas (anafilaxia) a vacunas, medicamentos inyectables, alimentos u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿ Tiene usted historial de reacciones alérgicas severas a cualquier componente de una vacuna? (Consulte EUA para la lista de ingredientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorización de uso de emergencia: La FDA ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias para justificar el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo un EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y la totalidad de la evidencia científica

Vacuna COVID-19

Formulario de Consentimiento

disponible, que muestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Me han proporcionado y leído, o me han explicado, la hoja de información sobre la vacuna COVID-19. Entiendo que si esta vacuna requiere dos dosis, será necesario administrar (dar) dos dosis de esta vacuna para que sea eficaz. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción (y me aseguré de que la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a proporcionar el consentimiento sustituto también tuviera la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna como se describe.

Solicito que se me administre la vacuna COVID-19 (o la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud y proporcionar un consentimiento sustituto). Entiendo que esta vacuna no me costará nada. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por administrar la vacuna será asignado y transferido al proveedor de la vacuna, incluidos los beneficios / dinero de mi plan de seguro médico, Medicare, Medicaid u otros terceros que sean financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidos, entre otros, registros médicos, copias de reclamaciones y facturas detalladas) para verificar el pago y según sea necesario para otros fines de salud pública, incluido el informe a los registros de vacunas correspondientes.

Por la presente certifico que el historial anterior es verdadero y completo según mi entender y que he tenido la oportunidad de revisar la Autorización de uso de emergencia (EUA). Por la presente doy mi consentimiento para la administración de la vacuna COVID-19. Además, por la presente libero a The Dimock Center y sus empleados, propietarios y representantes de todos y cada uno de los reclamos y demandas, acciones y causas de acciones que puedan resultar de la participación en este programa.

Firma de consentimiento informado del paciente: _____ Fecha: _____

Ó

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha _____

Nombre Impreso: _____ Relación con el Paciente: _____

Solo Para Uso Oficial

Fecha de Vacunación: _____ Nombre del Producto de la Vacuna: _____

Lote # _____ Fecha de Expiración: _____ Sitio de Inyección: Deltoide Derecho Deltoide Izquierdo

Firma del Administrador de la Vacuna: _____