

## Formulario de Consentimiento para la vacuna COVID-19

### Información del Paciente (destinatario de la vacuna):

Apellido:	Primer Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Numero de Teléfono:
Nombre de Doctor Primario:		Teléfono de Doctor:	
Nombre del Contacto de Emergencia:		Relación:	Numero de Teléfono:

### Cuestionario:

Preguntas	SI	NO	No lo Se
1. ¿Te sientes mal hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ya ha recibido una vacuna COVID 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Si ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19 antes?                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nombre de fabricante de vacuna (ejemplo: Pfizer, Moderna, Janssen): _____</li> <li>○ Fecha de la primera dosis: _____</li> </ul> </li> </ul>			
<b>¿Alguna vez has tenido una reacción alérgica grave a algo?</b> <small>(Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. Ej., Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)</small>			
• Un componente de la vacuna COVID-19, incluye el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Polisorbato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Una dosis previa de la vacuna COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? <small>(This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that occurred within 4 hours that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a los alimentos, las mascotas, el medio ambiente o los medicamentos orales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva para COVID-19 o un proveedor de atención médica le dijo alguna vez que tenía COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19? <small>[nota: los anticuerpos monoclonales no incluyen los antibióticos que se le recetarían y surtirían en una farmacia]</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Estás embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Consentimiento (marque cada casilla a continuación después de leer y firmar):**

- Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 como se describe en la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA), una copia de la cual se me proporcionó con este Formulario de consentimiento. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente, un menor de edad a quien represento y estoy autorizado a firmar este formulario de consentimiento.
- Entiendo que en este momento, la vacuna COVID-19 requiere 2 dosis administradas con 21 a 28 días de diferencia, según el fabricante. Si esta es mi primera dosis de la vacuna COVID-19, tengo la intención de recibir una segunda dosis de la misma vacuna de acuerdo con el plazo especificado en la hoja informativa para completar la serie de vacunaciones.
- Acepto permanecer en el área de administración de la vacuna durante quince (15) minutos o más si el administrador de la vacuna lo indica después de recibir mi vacuna para asegurarme de que no ocurran reacciones adversas inmediatas.
- Entiendo que recibiré la vacuna sin costo alguno para mí.
- Si está asegurado, traiga sus tarjetas de seguro médico y de prescripción médica** cuando se le otorgue su cita de vacuna. Autorizo a la farmacia facturar la vacuna a mi seguro en mi nombre, entendiéndolo que no incurriré en ningún costo.

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 privado o financiado por el gobierno..

Para pacientes sin seguro, seleccione al menos uno de los siguientes que traerá a su cita.

*Esto es necesario para que el programa COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos pague la tarifa de administración de la vacuna..*

- Número de Seguro Social
- Número de identificación estatal y estado de emission
- Número de licencia de conducir y estado de emission

Pharmacy Use for Insurance Information

**Firma de la persona que recibirá la vacuna y EUA / VIS (o Firma del padre / tutor si el paciente es menor de 18 años)**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*USO DE FARMACIA ÚNICAMENTE\*\***

Vaccine	Dose	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> Dose	<input type="checkbox"/> IM - L Arm		<input type="checkbox"/> Moderna			
	<input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> Dose	<input type="checkbox"/> IM - R Arm		<input type="checkbox"/> Janssen			
COVID-19	<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> Dose	<input type="checkbox"/> IM - L Arm		<input type="checkbox"/> Moderna			
	<input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> Dose	<input type="checkbox"/> IM - R Arm		<input type="checkbox"/> Janssen			

Pharmacist Name who reviewed this form: \_\_\_\_\_ Pharmacist Signature: \_\_\_\_\_

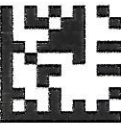
If certified vaccinator is different than the pharmacist who reviewed the form:

Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS



(Llene a mano claramente)

Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Sexo: Femenino Masculino Teléfono Correo electrónico

Dirección Núm. de apartamento o edificio

Ciudad Estado Código postal Condado

Nombre de la madre Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan): Indio americano o nativo de Alaska, Asiático, Negro o afroamericano, etc.
Grupo étnico (seleccione solo una): Hispanico o latino, No hispano o latino, etc.

El Registro de Inmunización de Texas es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública...

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas. Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS...

La ley estatal permite la inclusión en el ImmTrac2 de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos (mayores de 18 años). Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia médica...

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista. Soy un SOCORRISTA. Soy un FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas.

La persona (o su representante legalmente autorizado): Nombre escrito a mano Firma Fecha

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta.

¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 (512) 776-7284 Fax: (866) 624-0180 www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services ImmTrac Group MC 1946 P. O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.