

## 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>			
• <b>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.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Polisorbato</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Una dosis previa de la vacuna COVID-19</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <b>¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable?</b> <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. <b>¿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?</b> <small>Esto incluiría alergias a los alimentos, las mascotas, el medio ambiente o los medicamentos orales.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <b>¿Alguna vez tuvo una prueba positiva para COVID-19 o un proveedor de atención médica le dijo alguna vez que tenía COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <b>¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?</b> <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. <b>¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <b>¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <b>¿Estás embarazada o amamantando?</b>	<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, entendiendo 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"/> 2 <sup>nd</sup> Dose	<input type="checkbox"/> IM - L Arm <input type="checkbox"/> IM - R Arm		<input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen			
COVID-19	<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> Dose <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> Dose	<input type="checkbox"/> IM - L Arm <input type="checkbox"/> IM - R Arm		<input type="checkbox"/> Moderna <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:** \_\_\_\_\_