

## Consentimiento informado para la vacunación COVID-19

**Sección A (Información del paciente)** \*\* por favor imprime claramente \*\*

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Género (M/F): \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ POA (Y/N): \_\_\_\_\_  
 Seguro médico del estado #: \_\_\_\_\_ O Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_  
 Apellido del médico: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Sección B (Información sobre el poder notarial, si corresponde)** \*\* por favor imprime claramente \*\*

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Sección C**

Certifico que soy: (i) el paciente y al menos 18 años de edad, (ii) el tutor legal del paciente, (iii) elegible para recibir esta vacuna según las pautas del ACIP. Por la presente doy mi consentimiento para que el farmacéutico, técnico o pasante de O'Connell Pharmacy, bajo la supervisión directa de un farmacéutico, administre la vacuna COVID-19 solicitada. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna y he recibido, leído y / o me han explicado el Formulario de autorización de uso de emergencia asociado con la vacuna COVID-19 que estoy recibiendo. Por la presente libero y eximo a O'Connell Pharmacy y sus empleados de cualquier responsabilidad o reclamación conocida o desconocida de cualquier manera relacionada con la administración de la vacuna. Doy mi consentimiento para que O'Connell Pharmacy informe la información de vacunación al registro de vacunación del estado y divulgue mi información médica a mis profesionales de la salud, Medicare, Medicaid u otro pagador externo según sea necesario para facilitar el pago. Además, acepto ser completamente responsable financieramente de cualquier monto adeudado, incluidos copagos, coseguro y deducibles.

**Firma del paciente (o tutor legal):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Sección D** \*\* determina la elegibilidad del paciente para recibir la vacuna \*\*

Vacuna COVID-19 anterior recibida:  Si  NO Si es así, nombre de marca: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene una o más alergias graves, o tres o más alergias generales? \_\_\_\_\_  
 Si  NO  No lo se  
 ¿Ha tenido alguna vez una reacción al recibir una vacuna? \_\_\_\_\_  
 Si  NO  No lo se  
 ¿Tiene una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso? \_\_\_\_\_  
 Si  NO  No lo se  
 ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando actualmente un anticoagulante (excepto aspirina)? \_\_\_\_\_  
 Si  NO  No lo se  
 ¿Tiene una afección inmunocomprometida según lo definido por las pautas de la FDA o la EUA? \_\_\_\_\_  
 Si  NO  No lo se  
 ¿Está amamantando, está embarazada actualmente o planea quedar embarazada en el próximo mes? \_\_\_\_\_  
 Si  NO  No lo se  
 ¿Ha recibido inmunoglobulina, vacuna COVID-19 o alguna otra vacuna en las últimas cuatro semanas? \_\_\_\_\_  
 Si  NO  No lo se  
 ¿Se siente enfermo hoy, incluidos los problemas de las vías respiratorias superiores? (Farmacia para preguntar el día de la vacunación)? \_\_\_\_\_  
 Si  NO  No lo se  
 ¿Le han diagnosticado o ha estado en contacto con alguna enfermedad contagiosa en los últimos 21 días? \_\_\_\_\_  
 Si  NO  No lo se

**Section E** \*\*for pharmacy use\*\*

**Name/Title of Administering/Authorizing Pharmacist:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Vaccination Given	Lot #	Exp Date	Mfgr	Dose	Route	Site	EUA Given
COVID-19 Bivalent 12+		/ /			IM	L R (Deltoid)	<input type="checkbox"/>
COVID-19 Bivalent 5-11		/ /			IM	L R (Deltoid)	<input type="checkbox"/>

**Date Billed:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Date Recorded in WIR:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_