

**Formulario de Consentimiento Informado para el SARS-CoV-2 (Covid-19) Inmunización**

**¿Quién está recibiendo la vacuna? (Por favor escriba su nombre)**

\_\_\_\_\_ Género:  H  M

**Apellido**      Nombre      Segundo Nombre      Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)      Edad

(\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

Dirección      Ciudad      Estado      Código Postal      Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia      Relación con el paciente      Número de Teléfono

**¿Tiene una proveedora de atención primaria?**  Sí  No \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

Nombre de proveedor de atención primaria      Número de Teléfono

<b>Preguntas de selección: Por favor, responda a cada pregunta y con una marca de "Sí" o "No". Si responde "Sí" a cualquier pregunta, por favor discuta su respuesta con un proveedor de atención médica.</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1	¿Se siente enfermo hoy?		
2	¿Ha recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19 antes? ¿En caso afirmativo, qué vacuna recibió? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Jansen		
3	¿Alguna vez ha sufrido una reacción alérgica (p. ej., anafilaxia) a algo? ¿Por ejemplo, una reacción por la cual necesitó una inyección de epinefrina o un EpiPen®, o una donde necesitaba ir al hospital?		
	• ¿Tuvo la reacción alérgica después de recibir la vacuna contra el COVID-19?		
	• ¿Tuvo la reacción después de recibir otra vacuna o otra inyección de medicina?		
4	¿Tiene un trastorno hemorrágico, o está tomando anticoagulantes?		
5	¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como tratamiento para el COVID-19?		

**Consentimiento Informado, Liberación y Exención: Por favor, lea y firme.**

Al firmar a continuación, yo confirmo a la administración de la vacuna contra SARS-CoV-2, el virus que causa la enfermedad de Coronavirus 2019 (Covid-19). Consiento a ser contactado en el número proporcionado arriba con respeto a cualquier segunda dosis necesaria de la vacuna que podría ser elegible a recibir. Yo entiendo, afirmo, y reconozco que:

- 1) Soy mayor de edad y autorizado a completar este formulario de consentimiento.
- 2) Tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna contra COVID-19 y consiento voluntariamente a recibir la vacuna.
- 3) La vacuna que recibo está sujeta a La Autorización de Uso de Emergencia (EUA) por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que permite la administración de la vacuna en casos de emergencia cuando no hay alternativas adecuadas, aprobadas y disponibles.

**¿Usted ha completado toda la información en el otro lado del documento?**

- 4) He recibido, leído o me han explicado, la EUA *Hoja Informativa para Recipientes y Cuidadores* proporcionada para la administración de la vacuna, y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna a la medida que se conocen actualmente.
- 5) In addition to my answers to the questions on this form, I will immediately alert the health care provider before receiving the vaccine of any medical conditions which may adversely affect my personal health or the effectiveness of the vaccine. En adición a mis respuestas a las preguntas en esta forma, avisaré inmediatamente a un proveedor de atención de salud antes de recibir la vacuna sobre cualquier condición médica que pueda afectar mi salud personal negativamente o que pueda afectar la eficacia de la vacuna.
- 6) He sido aconsejado sobre efectos secundarios posibles después de la vacunación, cuando puedan ocurrir y donde debo buscar tratamiento. También he sido aconsejado de que pueda ser efectos secundarios o riesgos no identificados en la *Hoja Informativa para Recipientes y Cuidadores* y por tanto no se pueden ser razonablemente conocidos por el proveedor de atención médico.
- 7) He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.
- 8) He sido aconsejado de que debe quedar en el área por 15 minutos después de recibir la vacuna para observación.
- 9) Si el recipiente de la vacuna es un menor o un adulto incapaz de dar consentimiento, reconozco al firmar abajo que soy el padre o custodio con autoridad legal a ejecutar esta forma de consentimiento por cuenta del menor recibiendo la vacuna y que todas mis respuestas a las preguntas de selección se refieren al menor en cuyo nombre estoy actuando.
- 10) Esta vacuna puede ser sujeta a obligaciones de informar a agencias de supervisión médicas federales y estatales y a mi proveedor de atención primaria, si procede, y yo autorizo estas divulgaciones.
- 11) **Liberación y Exención:** Yo libero y descargo completamente al proveedor de atención primaria, sus subsidiarias, afiliados, oficiales, directores, empleados, y agentes de toda responsabilidad, incluso actos de omisión o comisión, relacionados con, o derivados de, mi recibo de la vacuna y yo voluntariamente y a sabiendas renuncio cualquier y cada reclamación o causas de acción que yo pueda tener contra ellos relacionados a, o derivados de, mi recibo de la vacuna.

Firma del paciente o del padre/custodio del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**FOR HEALTH CARE PROVIDER USE ONLY**

**To be completed BEFORE administering the vaccine:**

- 1) I confirmed the patient's name, D/O/B, and age to match information on the form. Initial here: \_\_\_\_\_
- 2) I reviewed the Screening Questions with the patient. Initial here: \_\_\_\_\_
- 3) I have given and discussed the *Fact Sheet for Recipients and Caregivers*. Initial here: \_\_\_\_\_
- 4) This is the patient's **First Dose**  **Second Dose**  of the Covid-19 vaccine. Initial here: \_\_\_\_\_
- 5) **If this is the patient's Second Dose**, I have confirmed:
  - a) The patient's First Dose and Second Dose are of the same Covid-19 vaccine. Initial here: \_\_\_\_\_
  - b) The patient's First Dose was given on \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY). Initial here: \_\_\_\_\_

**To be completed AFTER administering the vaccine:**

Medication: \_\_\_\_\_ Mfr: \_\_\_\_\_ Lot #: \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_ Site: \_\_\_\_\_ Laterality \_\_\_\_\_

Administered by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date Given: \_\_\_\_\_

**¿Usted ha completado toda la información en el otro lado del documento?**