



Vacuna contra COVID-19

INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA COVID-19

APELLIDO		(Nombre)	Fecha de nacimiento:	Edad:
			____/____/____	
DIRECCIÓN				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA	
CONTACTO PARA EMERGENCIAS:		Nombre	Parentesco	Teléfono
Raza: (Seleccione solo uno) <input type="checkbox"/> Asiático o polinesio <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Indígena americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sabe		Grupo étnico: (Seleccione solo uno) <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No sabe		Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____
				Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Responda a estas preguntas sobre su salud:	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? *Si responde sí, ¿qué vacuna recibió y en qué fecha?: <input type="checkbox"/> Pfizer _____ <input type="checkbox"/> Moderna _____ <input type="checkbox"/> Otra _____			
3. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica grave (como anafilaxia); por ejemplo, una reacción que debió ser tratado con epinefrina o una EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital? * ¿La reacción grave fue después de recibir una vacuna contra el COVID-19? * ¿La reacción grave fue después de recibir otra vacuna o un medicamento inyectable?			
4. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
5. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente) para tratar el COVID-19?			
6. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado por cáncer o por una infección por HIV, toma medicamentos inmunosupresores o recibe terapias inmunosupresoras?			
7. ¿Tiene problemas de coagulación o está tomando algún medicamento anticoagulante?			
8. ¿Está embarazada o amamantando?			

He recibido una copia, leído la Autorización de uso de emergencia (EUA) y he revisado la información de la [Hoja informativa para receptores y cuidadores de la FDA \(https://www.fda.gov/media/144712/download\)](https://www.fda.gov/media/144712/download), antes de recibir la vacuna contra el COVID-19. Pude hacer preguntas que me contestaron a cabalidad. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y solicito que me la pongan a mí o a la persona para la que estoy autorizado a hacer este pedido.

Con mi firma confirmo que me recomendaron quedarme en el sitio 15 minutos luego de recibir la vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves previas deben quedarse 30 minutos.

Fecha Nombre en letra imprenta X _____
Firma del paciente, padre o Tutor

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO)

Vaccine	Dose	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	____ ml 1st ____ ml 2 ____ ml 3rd ____ ml 4th	<input type="checkbox"/> IM - L Arm <input type="checkbox"/> IM - R Arm					