Vacuna de COVID-19 Forma de Consentimiento

Información de Paciente (Receptor de la Vacuna):

Nombre (Apellido)	(Primer)	**Fecha de Nacimiento**	**Edad**	**Sexo**
Para OSIIS Identification ONLY	**Número de Seguro Social**	**Apellido de Madre (Soltera)**		
Dirección de Calle				
Ciudad	**Estado**	**Codigo Postal**	**Condado**	**Número de Teléfono**
Nombre de su Doctor:				
Nombre del Contacto de Emergencia :	**Relación:**	**Número de Teléfono :**		

Raza	**Ethnicity**
☐ **Indio Americano/Nativo de Alaska** ☐ **Asiático** ☐ **Afroamericano** ☐ **Nativo Hawaiano/Otro Isleño Pacifico** ☐ **Blanco** ☐ **Otro**	☐ **Hispano/Latino** ☐ **No Hispanic/Latino** ☐ **Desconocido**

Si el cliente es menor de 18 años, por favor complete la información del guardián .

Relación de guardián con el cliente: _____

Nombre de guardián (Apellido, Primer): _____

Preguntas de Cribado:

Preguntas	Sí	No	No Se
1. ¿Te sientes enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. Alguna vez ha recibido una vacuna contra el Covid-19?	☐	☐	☐
• Si ha recibido una dosis de la vacuna contra el Covid-19: ○ Fabricante de Vacuna (ejemplo: Pfizer, Moderna): _____ ○ Fecha de la primera dosis: _____			
3. Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a : (Esto incluye una reacción alérgica grave[e.g Anaphylaxis] que requirio tratamiento con epinephrine o EpiPen® o que te hizo ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que ocurrio dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón, o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)			
• **Un componente de la vacuna COVID-19, incluyendo polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia.**	☐	☐	☐
• **Polisorbato**	☐	☐	☐
• **Una dosis de la vacuna para Covid-19 anteriormente**	☐	☐	☐
4. ¿Ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea del Covid-19) o a otra medicina que sea inyectable? (Esto incluye una reacción que tuvo que ser tratada con Epinefrina o resultó en una ida al hospital. También incluye una reacción que causó urticarias, hinchado, o problemas con la respiración.)	☐	☐	☐
5. ¿Ha tenido una reacción alérgica algo que no sea de la vacuna contra en Covid-19, polisorbato, o otra inyección o medicamento? Esto incluye comida, mascotas, ambiental, o medicamentos.	☐	☐	☐

6. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?	☐	☐	☐
7. ¿Ha tenido una prueba positiva del Covid-19 o una persona en la atención médica le ha dicho que ha tenido Covid-19?	☐	☐	☐
8. Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como tratamiento para el Covid-19 (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) *Nota: anticuerpos monoclonales no incluye antibióticos recetados y hechos en una farmacia.*	☐	☐	☐
9. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresores?	☐	☐	☐
10. Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	☐	☐	☐
11. Está embarazada o está dando pecho?	☐	☐	☐

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

- ☐ Yo entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna de COVID-19 tal como está escrito en la hoja de datos de Emergency Use Authorization (EUA), una copia de la que me proporcionado con este forma de consentimiento. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Yo pido que me administre la vacuna a la persona nombrada arriba, un menor a quien represento que estoy autorizado a firmar esta forma.

- ☐ Yo entiendo que a este tiempo, la vacuna de Covid-19 requiere 2 dosis dadas con 21-28 días de diferencia dependiendo del fabricante. Si es mi primera dosis de la vacuna de Covid-19, tengo la intención de recibir la segunda dosis de la misma fabricante de acuerdo con el periodo de tiempo especificado en la hoja de datos para completar la serie de vacunación.

- ☐ Acepto quedarme en el área de administración por 15 minutos o más si así lo indica el administrador de la vacuna después de recibirla para asegurar que no produzcan reacciones adversas inmediatas.

- ☐ Entiendo que estoy recibiendo una vacuna sin costo para mi.

- ☐ Si tiene aseguranza, **por favor trae su tarjetas de seguro médico y de prescripción médica.** Yo autorizo a la farmacia a cobrar a mi seguro en nombre de las vacunas– entendiendo que no incurrirá en ningún costo.

- ☐ Si no tiene aseguranza, debe marcar la casilla de abajo para dar fe de que la siguiente es verdad y precisa:

- ☐ Yo no tengo aseguranza, incluyendo pero no limitado a, Medicare, Medicaid, o cualquier otro plan de beneficios privado financiado por el gobierno.

Para pacientes sin aseguranza medica , por favor seleccione al menos unos de los siguientes que traerá a su cita.

Esto es necesario para que el Departamento de Recursos de Salud de los Estados Unidos pague la tarifa de administración de la vacuna que es aparte del programa Covid-19.

- ☐ Número de Seguro Social
- ☐ Número de identificación del estado y estado de emisión.
- ☐ Número de licencia y estado de emisión

Pharmacy Use for Insurance Information

Firma de la persona para recibir la vacuna & EUA /VIS (o firma de el Guardián si paciente es menor de 18 años)

Signature: _____ **Date:** _____

*****SOLO PARA USO DE FARMACIA*****

Vaccine	Dose	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	☐ 1st Dose ☐ 2nd Dose	☐ IM - L Arm ☐ IM - R Arm		☐ Moderna ☐ Pfizer			
COVID-19	☐ 1st Dose ☐ 2nd Dose	☐ IM - L Arm ☐ IM - R Arm		☐ Moderna ☐ Pfizer			

Nombre de farmacéutico que revisó este forma: _____

Firma de farmacéutico : _____

Si el vacunador certificado es diferente al farmacéutico que revisó este forma :

Nombre: _____

Firma: _____