



Consentimiento para vacuna de COVID-19

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ SN: _____ Género: M F

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Apellido de Soltera de la Madre: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Hispano/Latino? Si No Raza: Blanco Asiático Negro Isla del Pasífico Nativo Indio Otro

1. ¿Se siente enfermo (a) ? Si No

2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? Si No

• En caso afirmativo, ¿Que vacuna recibió?

Pfizer Moderna Otro producto: _____

3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a:

• Un componente de la vacuna COVID-19, incluyendo polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia Si No

• Polisorbato Si No

• Una dosis previa de la vacuna COVID-19? Si No

4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o a un medicamento inyectable? Si No

5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o cualquier vacuna o medicamento inyectable? Esto sería incluir alergias a los alimentos, mascotas, ambientales o medicamentos orales Si No

6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? Si No

7. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva de COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19? Si No

8. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19? Si No

9. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección de VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras? Si No

10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? Si No

11. ¿Está embarazada o amamantando? Si No

¿Tiene seguro médico? Si No Nombre del Seguro Médico: _____

de Seguro: _____ Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para tratamiento y aviso de privacidad

Yo certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa. Tuve la oportunidad de revisar la información sobre la vacuna Covid-19 (hoja de datos de la EUA) y dar mi consentimiento para recibir la vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna. Entiendo y acepto que la información relacionada con la administración de mi vacuna se puede registrar en el Sistema de Información de Vacunas del Estado de Utah (USIIS). Por la presente libero a Family Healthcare y a sus empleados de todas las reclamaciones que surjan de dichas inmunizaciones. Estamos obligados a informarles sobre nuestras prácticas de privacidad para la información que recopilamos y guardamos sobre usted. Se me ha entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Family Healthcare y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se puede utilizar mi información.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el cliente: Sí mismo Padre Madre Tutor legal Otro _____

Para uso de enfermeras del departamento de salud local.

Date	Manufacturer	Lot Number	Expiration	Dose	Route	Deltoid	Vaccinator
					IM	<input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left	