

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19
INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE)

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:		Fecha de nacimiento: ___/___/___ (Mes/Día/ Año)		
Dirección:			Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Raza:		Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino		Sexo: M F		Edad:		
Tel:		Email:		¿Tiene seguro? Sí No		Subscriber/Member ID:		
Fecha de nacimiento del miembro:		Nombre de seguro:		Si no tiene seguro, proporcione lo siguiente: # de licencia de conducir		Estado de emisión:		
Nombre del contacto de emergencia:				Teléfono de contacto de emergencia:				

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA COVID-19

Las vacunas de COVID-19 **Johnson & Johnson, Pfizer, y Moderna**, han sido autorizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos bajo una autorización de uso de emergencia, o EUA, con base en el asesoramiento del Secretario de Salud y Servicios Humanos en respuesta a la pandemia de COVID-19 en curso. La vacuna COVID-19 no ha sido completamente aprobada, pero está disponible bajo una EUA debido a la evidencia científica que respalda la seguridad y eficacia de la vacuna COVID-19 y la relación riesgo-beneficio altamente favorable de la vacuna.

Las clínicas de North Texas Area Community Health Centers están autorizadas para administrar las vacunas de COVID-19 según las pautas desarrolladas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para optimizar la respuesta a la vacuna, recibirá **1 dosis de Johnson & Johnson o 2 dosis separadas por 21 días para Pfizer o 28 días para Moderna**. Los efectos secundarios informados en el ensayo clínico de esta vacuna incluyen, entre otros, dolor en el lugar de la inyección, enrojecimiento o hinchazón, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, fiebre, dolor en las articulaciones, náuseas o inflamación de los ganglios linfáticos. Estos síntomas normalmente se resuelven en 24 horas y suelen ser leves, pero si son graves, debe informar a su proveedor de atención primaria. Si se desarrollan síntomas alérgicos graves (dificultad para respirar, dolor en el pecho, mareos, latidos cardíacos rápidos, debilidad, hinchazón facial, de la lengua o de la garganta, o sarpullido) después de completar su período de observación, llame al 911 o diríjase al Departamento de Emergencias del hospital más cercano.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN DE HOY

1	¿Está enfermo(a) hoy?	Sí	No
2	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días o ha recibido anteriormente alguna otra vacuna COVID-19 que NO sea Johnson & Johnson, Pfizer, ni Moderna?	Sí	No
3	¿Le han diagnosticado la infección de COVID-19 o ha recibido tratamiento con anticuerpos monoclonales / suero de convalecencia para la infección de COVID-19 en los últimos 90 días?	Sí	No
4	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los componentes de la vacuna COVID-19 (enumerados a continuación) o una dosis anterior de la vacuna COVID-19? • Polyethylene glycol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia (conocido en español como Polietilenglicol) • Polysorbate (conocido en español como Polisorbato)	Sí	No

Si respondió "Sí" a las preguntas 1 a 4, le recomendamos que posponga la vacunación contra COVID-19 de la siguiente manera:

- Si está enfermo, espere hasta que sus síntomas se hayan resuelto. Si es positivo para COVID-19 o ha recibido anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia como tratamiento para COVID-19, espere hasta que hayan pasado 90 días desde la prueba positiva de COVID-19.
- Espere 2 semanas después de otras vacunas para recibir la vacuna COVID-19.
- Si comienza con una vacuna de dos dosis, la PRIMERA Y SEGUNDA DOSIS DEBEN SER DEL MISMO FABRICANTE; no puede mezclar Pfizer con Moderna. Johnson & Johnson es una vacuna de una sola dosis que NO PUEDE mezclarse con Pfizer o Moderna.
- Según las pautas actuales del CDC, si tiene antecedentes de anafilaxia (reacción alérgica grave) a cualquier ingrediente de estas vacunas, NO PUEDE recibir ninguna de ellas.

5	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (anafiláctica) a una vacuna (que incluye dificultad para respirar, urticaria, hinchazón facial o de la lengua, presión arterial baja, frecuencia cardíaca rápida) u otra reacción grave a una vacuna?	Sí	No
6	¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas graves a algo además de una vacuna, incluidos otros medicamentos, picaduras de insectos o mordeduras?	Sí	No
7	¿Toma anticoagulantes o tiene un trastorno hemorrágico?	Sí	No

Si respondió "Sí" a las preguntas 5, 6 o 7, notifique al personal para que podamos hacer las adaptaciones necesarias para observarlo más de cerca después de su vacunación, y si tiene una tendencia a sangrar o está tomando anticoagulantes, lo vigilaremos atentamente para detectar un posible sangrado en el lugar de inyección.

8	¿Tiene un sistema inmunológico debilitado?	Sí	No
9	¿Está embarazada o podría quedar embarazada en las próximas 4 semanas o está amamantando?	Sí	No

Si respondió "Sí" a las preguntas 8 o 9, puede optar por vacunarse, pero aún se están recopilando datos de seguridad y eficacia para las personas de estos grupos.

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN Y SEGURO DE FACTURACIÓN

Se me ha proporcionado y he leído la hoja de datos de la EUA para la vacuna COVID-19, el Formulario de consentimiento para la vacuna COVID-19 y cualquier información adicional proporcionada. He tenido la oportunidad de que un profesional médico responda a mis preguntas y entiendo que se necesitará una serie de dos vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios conocidos de la vacunación y entiendo que es posible que aún no se hayan establecido todos los riesgos. Sé que doy mi consentimiento para esta serie de vacunas bajo un EUA en respuesta a la pandemia COVID-19. Solicito continuar con la vacunación.

Entiendo que North Texas Area Community Health Centers utilizarán la información recopilada para presentar un reclamo a mi compañía de seguros solo por la administración de la vacuna. Acepto permanecer en el lugar durante 15 minutos después de la vacunación y que mi afección puede justificar una observación posterior a la vacunación durante al menos 30 minutos.

Fecha:	Hora:	Parentesco al paciente:
Nombre (en letra de molde):		Firma:

Vaccine	Vaccine Info	Site	Manufacturer	Lot #	Expiration Date
COVID-19 Vaccine	Series 1 st 2 nd	Deltoid: Left Right	J&J Pfizer Moderna		
Vaccine Administrator & Credentials Print			Sign	Date Administered	Location Arlington NS SE

