



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 al Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah (SWUPHD) 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 del Departamento de Salud 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	