



Formulario de consentimiento de vacunación COVID-19

Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Sexo: Hombre Mujer Fecha De Nacimiento: ___/___/___
Mes / Día / Año

Dirección

Domicilio Donde Reside el Paciente: _____

Condado de Residence: Edgecombe Nash Wilson Other: _____

Información de Contacto

Marque Método Preferido de Comunicación:

El Teléfono Celular (_____) _____ De Teléfono en Casa (_____) _____

Información Adicional del Paciente – para fines de ayuda financiera

¿Es usted de origen Hispano o Latino?: Si No

Raza: Asiático Negro/Afroamericano Indio Americano Blanco Otro _____
 Desconocido Negarse a contestar

Idioma: Inglés Español Otro: _____

Empleo: Quien es tu empleador: _____

Estado de trabajador agrícola:

En los últimos 24 meses, ¿usted o un miembro de su familia se mudó aquí o en otro lugar para trabajar en el campo?
 Si No

En caso afirmativo, ¿trabaja estacionalmente (hago otro trabajo durante los meses de invierno, es decir, construcción, etc.)
 solo trabajo en agricultura

Historia de Salud:

¿Cuántas enfermedades crónicas de alto riesgo tiene? Revise el sitio web de los CDC para conocer las definiciones de las condiciones que causan un mayor riesgo de contraer COVID-19.

Ninguno 1 2 o más

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREVACINACIÓN

¿Te sientes mal hoy? Sí No

¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?
* En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? Si* No

Las siguientes preguntas se relacionan con reacciones alérgicas que puede haber experimentado en el pasado. Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. Ej., Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias.

- ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a un componente de la vacuna COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia? Sí No
- ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica al polisorbato que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas con película y esteroides intravenosos? Sí No
- ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a una dosis anterior de la vacuna COVID-19? Sí No
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? Sí No
- ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias alimentarias, de mascotas, ambientales u medicamentos orales. Sí No
- ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? Sí No
- ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva para COVID-19 o un médico le dijo alguna vez que tenía COVID-19? ¿Si sí, cuándo? _____ Sí* No
- ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19? Sí No
- ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como la infección por VIH o el cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras? Sí No
- ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? Sí No
- ¿Estás embarazada o amamantando? Sí No
- ¿Tiene rellenos dérmicos? Sí No

Certifico que tengo al menos 18 años de edad y por la presente doy mi consentimiento para que el proveedor de atención médica autorizado que administre la vacuna, según corresponda (cada uno de ellos sea un "proveedor aplicable"), para compartir mi información personal, demográfica y de salud con el fin de Bríndame servicios de vacunación para la vacuna COVID-19. Se me han proporcionado los beneficios y las posibles reacciones adversas de recibir la vacuna COVID-19, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y comprender los beneficios y riesgos potenciales de la vacuna, y doy mi consentimiento para recibir la vacuna. Además, entiendo que, al igual que con todos los tratamientos médicos, puedo experimentar un efecto secundario adverso de la vacuna. Se me ha otorgado la autorización de uso de emergencia (EUA) de la hoja de datos de la vacuna Moderna COVID-19.

Firma del Paciente

Fecha

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER

Vaccine Administration Details

COVID-19 Vaccine: Moderna Lot Number: _____ Exp: _____

Site of Injection: (Circle) Right or Left Deltoid

Vaccine administered by: _____ Date: _____