

Formulario de Consentimiento para la Vacuna de COVID-19

Información del Paciente:

Apellido:	Nombre:
Fecha de Nacimiento:	Teléfono:

Evaluación y Cuestionario de Salud:

Por favor, responda a las siguientes preguntas circulando su respuesta:		
¿Se siente mal/enfermo hoy?	SI	NO
¿Ha recibido alguna dosis de la Vacuna COVID-19?	SI	NO
- Si respondió Si, que producto?	Pfizer	Moderna
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica severa (por ejemplo, Anafilaxia) a algo? Por ejemplo, una reacción por la cual recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen, o por la cual tuvo que ir al hospital?	SI	NO
- ¿Fue la reacción alérgica después de recibir una vacuna de COVID-19?	SI	NO
- ¿Fue la reacción alérgica después de haber recibido otra vacuna u otro medicamento inyectable?	SI	NO
¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o sueros convalecientes) como tratamiento para COVID-19?	SI	NO
¿Ha tenido alguna reacción alérgica algún ingrediente de la vacuna Moderna? <i>Vea la hoja informativa de la vacuna Moderna COVID-19.</i>	SI	NO
¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?	SI	NO
¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o le ha dicho un proveedor médico que ha tenido COVID-19?	SI	NO
¿Tiene un sistema inmunológico débil causado por algo como una infección de VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	SI	NO
¿Tiene alguna enfermedad hemorrágica o está tomando anticoagulantes?	SI	NO
¿Está embarazada, cree que puede estar embarazada, o está amamantando?	SI	NO

Reconocimiento y Consentimiento para la Vacuna

He recibido una copia y he leído, o se me ha explicado, la información en la HOJA DE INFORMACION PARA DESTINATARIOS Y CUIDADORES DE LA AUTORIZACION DE USE DE EMERGENCIA (EUA) con respecto a la vacuna para COVID-19 Moderna. Entiendo los beneficios y los posibles riesgos y efectos secundarios de la vacuna. Todas mis preguntas has sido respondidas. Por la presente, doy mi permiso para que un agente de Camarena Health me administre la Vacuna de COVID-19 Moderna de acuerdo con las recomendaciones del Centro para el Control de Enfermedades (CDC).

Firma del Paciente

Fecha

Vaccination Administration- Intramuscular Injection in the Deltoid

Moderna COVID-19 Dose# _____	Date: _____	<input type="checkbox"/> Left Deltoid	<input type="checkbox"/> Right Deltoid	Staff Name & Initials _____
------------------------------	-------------	---------------------------------------	--	-----------------------------