



Formulario de consentimiento para la vacuna contra la COVID-19

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		Ciudad, estado y Código postal:		
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:	SS#:		
Dirección de correo electrónico:	Raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro			
Doctor principal:		Teléfono de Doctor:		
Compruebe qué casilla(s) le describen: <input type="checkbox"/> Trabajador esencial <input type="checkbox"/> Primer Respondedor <input type="checkbox"/> Trabajador Sanitario <input type="checkbox"/> Persona con una condición crónica <input type="checkbox"/> Residente de un centro de atención u otro entorno de grupo <input type="checkbox"/> 65 años o más <input type="checkbox"/> Nada de esta lista.				

Historia Medica Pasada

SÍ NO

¿Te sientes mal hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ya ha recibido una vacuna COVID 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿qué producto vacuna? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otros: _____ Fecha: _____		
¿Alguna vez has tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la que te trataron con epinefrina o EpiPen®, o para la que tuviste que ir al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Fue la reacción grave a alguna vacuna o medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Lleva un EpiPen®?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es alérgico al polisorbato o al polietilenglicol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes un sistema inmunitario debilitado causado por algo como infección por VIH o cáncer o tomas medicamentos o terapias inmunosupresores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tuvo COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• En caso afirmativo, ¿cuándo? _____		
¿Ha tenido globulina inmune, anticuerpos monoclonales, suero convaleciente o una transfusión de sangre en los últimos 90 días (3 meses)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 2-14 días ha experimentado fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares / corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida de sabor u olfato, dolor de garganta, congestión o nariz con muecas, náuseas o vómitos, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 2-14 días usted es consciente de estar expuesto a alguien que dio positivo para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está embarazada o planea estar embarazada en los próximos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estás amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido otra vacuna o inyección en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enumere cualquier alergia:		

Consentimiento Para Inmunizar:

SÍ NO

Revisé una copia de la Autorización de Uso de Emergencia de la FDA de Vacunación (EUA) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los riesgos y beneficios de esta vacunación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo efectos secundarios comunes pueden incluir enrojecimiento en el sitio de inyección, hinchazón, o dolor, hinchazón de los ganglios linfáticos en el brazo de inyección, dolores o dolor muscular, dolor en las articulaciones, fatiga, dolor de cabeza, temblores o escalofríos, fiebre, síntomas gastrointestinales, malestar general, y que los beneficios incluyen la prevención de la enfermedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo que se recomienda que me quede en el lugar 15-30 minutos después de la inyección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este registro de vacunación será reportado al Servicio de Seguimiento de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas y a los proveedores de atención primaria de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi consentimiento para que se me administre la vacunación y que el inmunizador inicie el plan médico de emergencia si es necesario debido a una reacción a la vacunación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy consciente de los posibles riesgos y efectos secundarios de la vacuna como se describe en la literatura, así como el riesgo de la enfermedad que previene. Por la presente renuncio a cualquier responsabilidad hacia Valmed Home Health & Pharmacy Solutions y/o su empleado administrador de posibles efectos adversos asociados con la administración de la vacuna. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar la reclamación y		



Formulario de consentimiento para la vacuna contra la COVID-19

por la presente asigno todos los beneficios de seguros, Medicare, Medicaid y otros terceros pagadores por los servicios prestados. Me han ofrecido la Política de Privacidad de HIPAA.

Información del seguro (proporcione una copia)

Tarjeta de seguro médico (la vacuna está cubierta por el Estado y no se cobrará al seguro. La tarifa de administración se facturará al seguro).

Tarjeta de seguro para el beneficio de prescripción (la vacuna está cubierta por el estado y no se cobrará al seguro. La tarifa de administración se facturará al seguro).

Si no tiene seguro, debe marcar la casilla a continuación para dar fe de que la siguiente información es verdadera y precisa:

No tengo ningún seguro, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno.

--	--	--

Firma Persona que recibe la vacuna o padre o tutor, si el destinatario es un menor **Fecha** **relación (Si Menor)**

TO BE COMPLETED BY IMMUNIZER

<p>MODERNA COVID -19 Vaccine (Nucleoside-modified mRNA encoding the viral spike (S) glycoprotein of SARS-CoV-2)</p> <p>ROUTE: Intramuscular (IM)</p> <p>DOSE: 0.5mL</p> <p>Schedule: First Dose followed by 2nd dose 28 days later.</p> <p>Storage: Freezer -13°to 5°F/Refrigerator 36° to 46°F up to 30 days prior to first use. After 1st dose has been withdrawn, store 36° to °77°F.</p> <p>Discard vial after 6 hours. Protect from light</p> <p>Manufacturer: Moderna Therapeutics</p>	<p>First Dose Site of Administration: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid</p>	<p>Second Dose Site of Administration: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid</p>
	<p>Lot #:</p> <p>Expiration:</p>	<p>Lot #:</p> <p>Expiration:</p>
	<p>Signature/ Title/ DATE Administered</p>	<p>Signature/ Title/ DATE Administered</p>

Next Dose Scheduled Date _____

NOTES:

- Billed insurance BT or PRX Faxed Completed Series Primary Healthcare Provider
- Reported to TDH Immunization Tracking Service E-Care Plan Completed