



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 PARA ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS

Sección 1 – Información del paciente (en letra de imprenta):		
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Edad	Número de Teléfono
Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal		Correo Electrónico
Apellido de Soltera de la Madre (Apellido, Nombre)		

Género: (Marque uno)	Raza: (Marque uno)
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Desconocido/No Especificado	<input type="checkbox"/> Indioamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/No Especificado

Sección 2 – Cuestionario antes de recibir de la vacuna	SÍ	NO	NO SÉ
1. ¿Se siente mal hoy? (es decir, fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolores de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿En los últimos 10 días, ha recibido una prueba del COVID-19 con un resultado positivo o está actualmente siendo monitoreado a causa de la infección del COVID-19 (por ejemplo, está en cuarentena)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha tenido una reacción alérgica a un componente de la vacuna COVID-19, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Plietilenglicón (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia • Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas cubiertas con una capa fina y esteroides intravenosos • Una dosis previa de la vacuna COVID-19 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Anteriormente, ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna o medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluye una reacción alérgica que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Marque todo lo que le corresponda:

<input type="checkbox"/> Femenino entre 18 y 49 años de edad <input type="checkbox"/> Masculino entre 12 y 39 años de edad <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Tuvo una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales <input type="checkbox"/> Tenía COVID-19 y fue tratado con monoclonal anticuerpos o suero de convalecencia <input type="checkbox"/> Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección de COVID-19 <input type="checkbox"/> Tiene historial de trombosis con trombocitopenia (TTS) después de recibir la vacuna con adenovirus (por ejemplo, las vacunas contra COVID-19 Johnson & Johnson, Astrazeneca o Sputnik)	<input type="checkbox"/> Tiene un trastorno hemorrágico <input type="checkbox"/> Toma un anticoagulante <input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (como infección de VIH, cáncer) o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH) <input type="checkbox"/> Está embarazada o amamantando actualmente <input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos <input type="checkbox"/> Historia del síndrome de Guillain-Barré (GBS) <input type="checkbox"/> Ha recibido un trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o terapias de células CAR-T antes o durante la vacuna de COVID-19
---	--

Nota: Continúe en la página 2.

FOR OFFICE USE ONLY – SARS CoV-2 VACCINATION RECORD	
COVID-19 Vaccine: Primary Series: <input type="checkbox"/> Dose 1 <input type="checkbox"/> Dose 2 <input type="checkbox"/> Dose 3 Bivalent Booster: <input type="checkbox"/> Dose 1	Date Administered:
Manufacturer:	Dose: _____ mL Route: Intramuscular (IM)
Lot #:	Site: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid
Expiration Date:	Vaccine Administered By
EUA Fact Sheet or VIS Given: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Name (please print):
	Signature: _____
VIS Date:	Title: <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> LVN <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> _____

Sección 3 – Consentimiento

- Me dieron una copia y leí la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) y revisé la Hoja Informativa de la FDA para receptores y cuidadores de la vacuna COVID-19. Recibiré la siguiente vacuna (marque uno):

	PRODUCTO VACUNA	GRUPO DE EDAD AUTORIZADO	SERIE PRIMARIA	INTERVALO
<input type="checkbox"/>	Vacuna Moderna (Spikevax) COVID-19	12 años de edad o más	2 dosis*	4 a 8 semanas
<input type="checkbox"/>	Vacuna Pfizer-BioNTech (Comirnaty) COVID-19	12 años de edad o más	2 dosis*	3 a 8 semanas
<input type="checkbox"/>	Vacuna Janssen (Johnson & Johnson) COVID-19	18 años de edad o más	1 dosis*	N/A
<input type="checkbox"/>	Vacuna Novavax COVID-19	12 años de edad o más	2 dosis*	3 a 8 semanas
<input type="checkbox"/>	Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, <u>refuerzo bivalente</u>	12 años de edad o más	1 dosis	Al menos 2 meses
<input type="checkbox"/>	Vacuna Moderna COVID-19, <u>refuerzo bivalente</u>	18 años de edad o más	1 dosis	Al menos 2 meses

*Después de completar la serie primaria, las personas pueden ser elegibles para un refuerzo o una dosis adicional.

- He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna indicada y pido que me la administren.
 - Entiendo que todas las vacunas tienen riesgos y efectos secundarios; y que puede haber riesgos que aún no se conocen.
 - Mi firma reconoce que se me recomendó permanecer en la clínica durante 15 minutos después de recibir la vacuna.
 - Aquellos con reacciones anafilácticas previas u otros factores de riesgo deben permanecer durante 30 minutos.
- Como lo requiere la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440), todas las vacunas se informarán al Registro de Vacunas de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño se compartirá con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública del Estado, se tratará como información médica confidencial y se utilizará solo para compartir entre ellos o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se siga compartiendo y puedo solicitar que se cierre el registro CAIR2 visitando la página de internet [Solicitud para cerrar mi Registro CAIR](#).
- Al firmar este formulario, doy permiso al condado de San Bernardino y al socio de vacunación participante para que se comuniquen conmigo con respecto a los recordatorios de la vacuna COVID-19 y el acceso a los registros de vacunación electrónicos.
 - No tendré que pagar ni la vacuna COVID-19 ni el costo de la administración de la vacuna. Si tengo seguro médico, entiendo que se le puede facturar a mi compañía de seguros los costos de la administración de la vacuna.

Al marcar la casilla, doy mi consentimiento para ser vacunado con la vacuna COVID-19 indicada en la Sección 3 y entiendo que estoy recibiendo la vacuna de manera voluntaria. Libero al Condado de San Bernardino, sus empleados y representantes de cualquier responsabilidad o responsabilidad adicional con respecto a recibir la vacuna.

<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
--------------	--------------

Certifico que soy el representante legal y / o tutor legal del paciente y que estoy autorizado por el paciente u otras autoridades legales para firmar y aceptar los términos indicados en este consentimiento en nombre del paciente.

<i>Firma del Tutor Legal (poder médico)</i>	<i>Fecha</i>
---	--------------

Moderna (Spikevax)
Hoja Informativa



Pfizer (Comirnaty)
Hoja Informativa



Janssen (J&J)
Hoja Informativa



Novavax
Hoja Informativa

