



Formulario de Consentimiento Para Adultos de la Vacuna COVID-19

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)	Etnia: (Marque uno)
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Declinar responder	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano
	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Declinar responder	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano

Verificación del estado de elegibilidad del paciente: estas preguntas son para evaluar el estado de su seguro de salud y el alcance de su cobertura para ayudar a determinar si cumple con los criterios de elegibilidad para las vacunas COVID-19 a través de nuestros diversos programas.

El paciente mencionado anteriormente califica para las vacunas COVID-19 a través del **Programa Bridge Access (BAP/317)** porque tiene 19 años de edad o más y: **(Elija solo uno de los siguientes).**

- No tiene seguro (no tiene seguro médico privado); o
- Tiene un seguro insuficiente, lo que significa que la cobertura del seguro no cubre las vacunas COVID-19.

El paciente mencionado anteriormente califica para la inmunización COVID-19 a través del **Programa de Inmunizaciones de Salud Pública del Condado de San Bernardino** porque:

- Tiene seguro médico que paga las vacunas.

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. 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"/>
3. Marque todo lo que le corresponda: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Masculino entre 12 y 39 años de edad <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección de COVID-19 <input type="checkbox"/> Tiene un trastorno hemorrágico <input type="checkbox"/> Toma un anticoagulante <input type="checkbox"/> Vacunado con viruela símica (MPOX) en las últimas 4 semanas <input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (como infección de VIH, cáncer) o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras <input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos <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

Patient Eligibility: _____

Initials: _____

Consentimiento

Me han dado una copia y he leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) y revisado la hoja informativa de la FDA para los beneficiarios y cuidadores del producto de la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) sea(n) dada(s) a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer la solicitud. Entiendo que todas las vacunas tienen riesgos y efectos secundarios; y que puede haber riesgos que aún no se conocen. Atestiguo que, a mi mejor conocimiento y creencia, toda la información reportada en este documento es exacta y completa. Según lo exige la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, sección 120440), todas las vacunas se reportarán al Registro de Inmunización de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 será compartida con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública del Estado, será tratada como información médica confidencial, y será utilizada solo para compartir entre sí o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta más y puedo solicitar que el registro CAIR2 se bloquee visitando <https://bit.ly/467kX1w>. Al firmar este formulario, le doy permiso al condado de San Bernardino y al socio de vacunación participante para que se comuniquen conmigo con relación a los recordatorios de la vacuna COVID-19 y el acceso a los registros electrónicos de vacunación.

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 medico)</i>	<i>Fecha</i>
---	--------------

Nombre impreso del tutor legal

FOR OFFICE USE ONLY – SARS CoV-2 VACCINATION RECORD

Vaccine Formulation: <input type="checkbox"/> Spikevax 12+ years	Date Administered: ____ / ____ / ____
Manufacturer: <input type="checkbox"/> Moderna	Dose: ____ mL Route: Intramuscular (IM)
Lot #:	Site: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Anterolateral Thigh <input type="checkbox"/> Right Anterolateral Thigh
Expiration Date:	Vaccine Administered By
EUA Fact Sheet or VIS Given: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Name (please print):
VIS Date:	Signature:
Vaccine Source: <input type="checkbox"/> BAP/317 <input type="checkbox"/> PRIVATE <input type="checkbox"/> VFC	Title: <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> LVN <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> _____

Portal de Registro Digital de Vacunas



Aviso del Registro de Vacunación a Pacientes y Padres



Spikevax 12+ años VIS para beneficiarios y cuidadores

