

Formulario de Consentimiento para la vacuna de la Covid-19

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
 Número de teléfono de casa: _____ Celular: _____
 Sexo: Mujer Hombre Proveedor médico: _____

Preguntas de Detección de la Primera Dosis

¿Está enfermo/a hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ha recibido una vacuna del Covid-19 anteriormente? En caso afirmativo: Fecha de la primera dosis: _____ Fecha de la segunda: _____ En caso afirmativo: ¿Cuál vacuna? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ha dado positivo en la prueba de detección de la Covid-19? En caso afirmativo: Fecha:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) en cuál fue necesario un tratamiento con epinefrina o una hospitalización?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿La reacción alérgica grave pasó después de recibir una vacuna contra la Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿La reacción alérgica grave pasó después de recibir a otra vacuna o medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ha recibido terapia de anticuerpos (como la plasma convalescente) como tratamiento para la Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ha recibido alguna otra vacuna en los pasados 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Está inmunodeprimido/a (por ejemplo, con VIH o cáncer) o está tomando un medicamento o terapia que afecta al sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe

Al firmar este formulario, certifico que entiendo lo siguiente:

- La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna fabricada por Moderna para prevenir el coronavirus. Esta vacuna no ha sido aprobada ni autorizada por la FDA. No existe una vacuna aprobada por la FDA para prevenir la Covid-19. La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna para las personas de 18 años o mayores.
- V-safe es una herramienta para teléfonos inteligentes que utiliza mensajes de texto y encuestas web para verificar el estado de las personas que han sido vacunadas con el fin de identificar posibles efectos secundarios después de recibir la vacuna. Entiendo que participar en el programa V-safe es voluntario y que tengo registrarme a mí misma.
- Esta vacuna se administra en una serie de 2 dosis, y debo recibir las dos para lograr a la inmunidad. Necesito asegurarme recibir la segunda dosis tan cerca posible a los 28 días después de la primera.

Exención de Vacunación

He leído o me han explicado la información en la Hoja informativa de uso de emergencia sobre la vacuna para la COVID-19 o la Declaración de Información sobre la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas cuales fueron contestadas de forma satisfactoria. Solicito que se me administren la vacuna o que le administren a la persona mencionada en este formulario, en cuyo nombre estoy autorizado/a realizar esta solicitud. No haré responsable a la Junta de Supervisores del Condado de Buena Vista, a la Junta de Salud del Condado de Buena Vista, o a la agencia y empleados de Salud Pública y Cuidados en el Hogar del Condado de Buena Vista (Buena Vista County Public Health and Home Care) por cualquier reacción o efecto adverso a esta vacuna.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

*****Sólo Para Uso de la Oficina*****

Date: Dose #1	Manufacturer	Lot #	Exp Date	VIS/EUA Date	Dose	Site	Adm By	IRIS date/initial
						R L Deltoid		

Formulario de Consentimiento para la vacuna de la Covid-19

Nombre: _____ Fecha de nac: _____

Preguntas de Detección de la Segunda Dosis

¿Algo de su información de contacto en la primera hoja ha cambiado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Está enfermo/a hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ha recibido una vacuna del Covid-19 anteriormente? En caso afirmativo: Fecha de la primera dosis: _____ Fecha de la segunda: _____ En caso afirmativo: ¿Cuál vacuna? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ha dado positivo en la prueba de detección de la Covid-19? En caso afirmativo: Fecha:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) en cuál fue necesario un tratamiento con epinefrina o una hospitalización?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿La reacción alérgica grave pasó después de recibir una vacuna contra la Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿La reacción alérgica grave pasó después de recibir a otra vacuna o medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ha recibido terapia de anticuerpos (como la plasma convalescente) como tratamiento para la Covid-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Ha recibido alguna otra vacuna en los pasados 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Está inmunodeprimido/a (por ejemplo, con VIH o cáncer) o está tomando un medicamento o terapia que afecta al sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
¿Está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe

Al firmar este formulario, certifico que entiendo lo siguiente:

- La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna fabricada por Moderna para prevenir el coronavirus. Esta vacuna no ha sido aprobada ni autorizada por la FDA. No existe una vacuna aprobada por la FDA para prevenir la Covid-19. La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna para las personas de 18 años o mayores.
- V-safe es una herramienta para teléfonos inteligentes que utiliza mensajes de texto y encuestas web para verificar el estado de las personas que han sido vacunadas con el fin de identificar posibles efectos secundarios después de recibir la vacuna. Entiendo que participar en el programa V-safe es voluntario y que tengo registrarme a mí misma.
- Esta vacuna se administra en una serie de 2 dosis, y debo recibir las dos para lograr a la inmunidad. Necesito asegurarme recibir la segunda dosis tan cerca posible a los 28 días después de la primera.

Exención de Vacunación

He leído o me han explicado la información en la Hoja informativa de uso de emergencia sobre la vacuna para la COVID-19 o la Declaración de Información sobre la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas cuales fueron contestadas de forma satisfactoria. Solicito que se me administren la vacuna o que le administren a la persona mencionada en este formulario, en cuyo nombre estoy autorizado/a realizar esta solicitud. No haré responsable a la Junta de Supervisores del Condado de Buena Vista, a la Junta de Salud del Condado de Buena Vista, o a la agencia y empleados de Salud Pública y Cuidados en el Hogar del Condado de Buena Vista (Buena Vista County Public Health and Home Care) por cualquier reacción o efecto adverso a esta vacuna.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

*****Sólo Para Uso de la Oficina*****

Date: Dose #2	Manufacturer	Lot #	Exp Date	VIS/EUA Date	Dose	Site	Adm By	IRIS date/initial
						R L Deltoid		