





## Formulario de consentimiento para la vacuna contra la COVID -19

COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Número de teléfono ( )
Dirección			Apt#	Ciudad	Estado	Código postal
Raza:		<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico		
		<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra raza		
Origen étnico:		<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino	<input type="checkbox"/> Desconocido		

Preguntas de detección de COVID-19	SÍ	NO	NO SABE
1. En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo en COVID-19 o actualmente está siendo monitoreado por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido contacto con alguien que dio positivo en COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene actualmente o ha tenido en los últimos 14 días fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, falta de aire, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida del gusto y del olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preguntas de detección previas a la inmunización	SÍ	NO	NO SABE
1. ¿Está enfermo hoy? (Por ejemplo, ¿tiene fiebre, un resfriado o congestión?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece de alergias o reacciones a algún alimento, medicamento, vacuna o látex? (Por ejemplo, huevos, gelatina, neomicina, timerosal, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez tuvo una reacción grave después de recibir una vacuna? ¿Alguna vez un médico u otro profesional de atención médica le ha advertido sobre la posibilidad de recibir determinadas vacunas o recibirlas fuera de un entorno médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha sufrido desmayos con frecuencia, particularmente después de vacunarse o con extracción de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido alguna vacuna o le han realizado una prueba cutánea de tuberculosis en las últimas 4 semanas? ¿Recibirá alguna vacuna en las próximas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En los últimos 90 días, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre, incluido plasma de convaleciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene cáncer, leucemia, virus de inmunodeficiencia humana (HIV)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Su sistema inmunitario está debilitado o, en los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que lo debiliten, como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer? ¿Ha recibido un tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Para la mujer, ¿está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? ¿Actualmente está amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me han dado una copia y he leído, o me han explicado, la información de la(s) hoja(s) de información sobre vacunas para la vacuna contra la COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Entiendo que debo permanecer en la clínica durante 15 a 30 minutos después de la administración de la vacuna para ser monitoreado por cualquier posible reacción adversa. Solicito que la vacuna contra la COVID-19 me sea administrada a mí o a la persona que se menciona en este registro de salud para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Estoy de acuerdo con que el proveedor de atención médica que administra las vacunas divulgue información sobre la vacuna contra la COVID-19 que se me ha administrado a mí o a la persona por quien puedo otorgar consentimiento, al Sistema de Información de Inmunizaciones del Estado de Arizona (ASIIS), a otros proveedores de atención médica y a las escuelas, a fin de evitar recibir cualquier vacuna innecesaria y de proporcionar información sobre las vacunas que he recibido.

X

Firma del paciente/Firma

Fecha

*For Office Use Only*

Date of Vaccination

Vaccine Manufacture

Lot Number

Expiration Date

Right Deltoid

Left Deltoid

Vaccine Administrator (Print)

Vaccine Administrator (Signature)