

Formulario de consentimiento vacunal COVID-19

APPELLIDO		PRIMER NOMBRE	(M.I.)	Fecha de nacimiento mes día _____ año _____	
NÚMERO DE TELÉFONO		NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR		Edad	Género Masculino / Femenino
Dirección				DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
Ciudad	Estado	Zip			
RAZA: BLANCO AFROAMERICANO ASIATICO MAS DE UNA RAZA				ORIGEN ÉTNICO: HISPANO NO HISPANO	

Detección de la elegibilidad para la vacuna

	Sí	No
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de vacuna COVID-19? Nombre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: A. Componentes de la vacuna COVID-19 B. Una dosis anterior de la vacuna COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o a un medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si alguna vez haya tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea una vacuna, esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, veneno, medicamentos ambientales u orales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez ha tenido una prueba positiva para COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19? ¿Cuándo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado causado por algo como la infección por VIH o el cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:

He leído y me había explicado la hoja informativa de la VACUNA CONTRA EL COVID-19 EUA para los receptores. Entiendo los riesgos y beneficios. Doy mi consentimiento para que YourTown Health y su personal me vacunen con esta vacuna contra el COVID-19. Entiendo que una 3ª dosis (refuerzo) de la vacuna contra el COVID-19 está autorizada y recomendada para personas inmunodeprimidas de moderada a grave: a) recibir tratamiento activo contra el cáncer b) recibió un trasplante de órganos y estoy tomando medicamentos para suprimir mi sistema inmunológico c) inmunodeficiencia primaria moderada o grave d) infección por VIH avanzada o no tratada e) tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas f) otra afección médica que hace que mi sistema inmunológico sea de moderada a grave comprometida y para lo cual mi médico tratante recomienda que reciba una 3ª vacuna.

Firma del paciente o del padre/tutor _____

Fecha: _____

Permiso para divulgar información sobre vacunas al Registro de Inmunizaciones de Georgia.

Iniciales _____

Registro de vacunación (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO)

Vaccine	Date Dose Administered	Route/Location	Dose Number	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
COVID-19	1. _____	Deltoid	First	MODERNA	Lot _____	
	2. _____	Deltoid	Second		Lot _____	
	3. _____	Deltoid	Booster		Lot _____	
Covid-19	1. _____	Deltoid	First	PFIZER	Lot _____	
	2. _____	Deltoid	Second		Lot _____	
	3. _____	Deltoid	Booster		Lot _____	
Covid-19		Deltoid	Single Dose	JANSSEN/J&J	Lot _____	