

Vacuna COVID-19 de Pfizer



Información y formulario de consentimiento para la vacuna contra Covid-19

APELLIDO		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____		EDAD:	
DIRECCIÓN							
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA	
CONTACTO PARA EMERGENCIAS		Nombre		Parentesco		Teléfono	
Raza: (seleccione solo uno) <input type="checkbox"/> Asiático o polinesio <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Indígena americano / Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sabe			Grupo étnico: (seleccione solo uno) <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No sabe		Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro

Responda a estas preguntas sobre su salud:	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el Covid-19? *Si responde sí, ¿qué vacuna recibió y en qué fecha?: <input type="checkbox"/> Pfizer _____ <input type="checkbox"/> Moderna _____ <input type="checkbox"/> Otra _____			
3. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica grave (como anafilaxia); por ejemplo, una reacción que debió ser tratado con epinefrina o una EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital? *¿La reacción grave fue después de recibir una vacuna contra el Covid-19? *¿La reacción grave fue después de recibir otra vacuna o un medicamento inyectable?			
4. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
5. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente) para tratar el Covid-19?			
6. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado por cáncer o por una infección por HIV, toma medicamentos inmunosupresores o recibe terapias inmunosupresoras?			
7. ¿Tiene problemas de coagulación o está tomando algún medicamento anticoagulante?			
8. ¿Está embarazada o amamantando?			

He recibido una copia, leído la Autorización de uso de emergencia (EUA) y he revisado la información de la [Hoja informativa para receptores y cuidadores de la FDA \(https://www.fda.gov/media/144712/download\)](https://www.fda.gov/media/144712/download), antes de recibir la vacuna contra el Covid-19. Pude hacer preguntas que me contestaron a cabalidad. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y solicito que me la pongan a mí o la persona para la que estoy autorizado a hacer este pedido.

Con mi firma confirmo que me recomendaron quedarme en el sitio 15 minutos luego de recibir la vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves previas deben quedarse 30 minutos.

_____ X _____
 Fecha Nombre en letra de imprenta Firma del paciente / Padre o tutor



FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (ÁREA EXCLUSIVA PARA USO ADMINISTRATIVO)

Vaccine	Dose	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	_____ ml <input type="checkbox"/> 1 st _____ ml <input type="checkbox"/> 2 nd	<input type="checkbox"/> IM - L Arm <input type="checkbox"/> IM - R Arm					

Verbal consent from phone:
Parent name _____
Parent phone number _____
Verbal consent given (time) (date) _____
Employee recording consent _____