

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19- 1st**

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE USTED (POR FAVOR IMPRIMA)**

<b>Nombre: Apellido:</b> _____		<b>Primer Nombre:</b> _____		<b>Inicial del Segundo Nombre:</b> _____	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____			<b>Número de Seguridad Social:</b> _____		
<b>Dirección de Envío:</b> _____					
<b>Número Celular (Paciente o Tutor): ( )</b> _____				<b>Email:</b> _____	
<b>El Sexo (género asignado al nacer)</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre  <b>Estado Civil:</b> _____  <b>Eres un Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  <b>Es usted un trabajador agrícola migrante o de temporada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Estas sin Hogar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo a la pregunta anterior sobre el estado de personas sin hogar, que describe su situación de vivienda (elija una):</b> <input type="checkbox"/> Viviendo con Alguien <input type="checkbox"/> Calle/Carro <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>¿Vives en una vivienda pública?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Idioma Preferido:</b> _____		<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Negarse a Especificar <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido	
<b># de Identificación de la Compañía de Seguros Principal:</b> _____ <b># de Grupo:</b> _____ <b>Compañía de Seguros:</b> _____ <b># de Teléfono de la Compañía de Seguros:</b> _____ <b>Nombre del Asegurado:</b> _____ <b>Relación:</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento del Asegurado:</b> _____ <b># de Identificación de la Compañía de Seguros Secundario:</b> _____ <b># de Grupo:</b> _____ <b>Compañía de Seguros:</b> _____ <b># de Teléfono de la Compañía de Seguros:</b> _____ <b>Nombre del Asegurado:</b> _____ <b>Relación:</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento del Asegurado:</b> _____					

- Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente y confirmar que el paciente tiene al menos 16 años de edad (la vacuna Pfizer está aprobada para su uso en personas mayores de 16 años); o (c) autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento a Langley Health Services para que administre la vacuna COVID-19.
- Entiendo que este producto no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado para uso de emergencia por la FDA, bajo una EUA para prevenir la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) para uso en personas de 18 años de edad o mayores (por las vacunas Moderna y Janssen; 16 años o más para la vacuna Pfizer); y el uso de emergencia de este producto solo está autorizado mientras dure la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización del uso de emergencia del producto médico bajo la Sección 564 (b) (1) de la Ley FD&C, a menos que la declaración sea cancelada o la autorización revocada cuanto antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con recibir la (s) vacuna (s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna anterior y he recibido, leído y / o me han explicado la Hoja de datos de autorización de uso de emergencia sobre la vacuna COVID-19 que elegí recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.
- Entiendo que las vacunas Moderna y Pfizer son una serie de vacunas de dos dosis. Si me administran una primera dosis de la vacuna Moderna, necesitaré recibir la segunda dosis de la vacuna Moderna a los 28 días de la primera dosis. Si me administran una primera dosis de la vacuna Pfizer, necesitaré recibir la segunda dosis de la vacuna Pfizer a los 21 días de la primera dosis. Si recibo la vacuna Johnson & Johnson, solo necesitaré una dosis de la vacuna.
- Reconozco que me han recomendado que permanezca cerca del lugar de la vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para observación (o 30 minutos si tengo antecedentes de reacciones alérgicas graves). Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- En nombre mío, de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo a Langley Health Services (LHS) de toda responsabilidad o reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de, en conexión con o de alguna manera relacionada con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.
- Reconozco que: (a) Entiendo los propósitos / beneficios de Florida SHOTS, el registro de vacunación de Florida y (b) LHS incluirá mi información personal de vacunación en Florida SHOTS y mi información personal de vacunación se compartirá con los Centros para el Control de Enfermedades ( CDC ) u otras agencias federales.
- Además, autorizo a LHS o sus agentes a presentar un reclamo a mi proveedor de seguros o la Parte B de Medicare sin el pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a LHS o sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago por el cual soy financieramente responsable vence en el momento del servicio o si LHS me factura después del tiempo del servicio, al recibir dicha factura. Acuso recibo del Aviso de derechos de privacidad

**Firma del Paciente o Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Representante y Parentesco Con la Persona Que Recibe la Vacuna:** \_\_\_\_\_

Fecha:



Lista de Verificación Previa a la Vacunación Para las Vacunas COVID-19

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Para los receptores de la vacuna: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que usted o su hijo no deben recibir la vacuna COVID-19 hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted o su hijo no deban vacunarse. Solo significa que se pueden hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica o miembro del personal clínico que se la explique.

	Sí	No	No se
¿Te sientes enfermo hoy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="radio"/> Another product			
En caso afirmativo, ¿trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un componente de una vacuna COVID-19, que incluye cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia</li> <li>○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas con película y esteroides intravenosos</li> </ul> </li> <li>• Una dosis previa de la vacuna COVID-19</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. Ej., Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marque todo lo que le corresponda: <input type="radio"/> Soy una mujer de entre 18 y 49 años <input type="radio"/> Tenía COVID-19 y se trató con anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia. <input type="radio"/> Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19 <input type="radio"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (es decir, infección por VIH, cáncer) <input type="radio"/> Tome medicamentos o terapias inmunosupresoras <input type="radio"/> Tiene un trastorno hemorrágico <input type="radio"/> Tome un anticoagulante <input type="radio"/> Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH) <input type="radio"/> Estoy embarazada o amamantando <input type="radio"/> Han recibido rellenos dérmicos			

Firma del Paciente o Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante y Parentesco Con la Persona Que Recibe la Vacuna: \_\_\_\_\_

For office use only

IM Route Site	Dose	Manufacturer (MVX)	Lot # Unit of Use/ Unit of Sale	Expiration Date	Date of EUA Fact Sheet
<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right		<input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer			

Vaccine Administrator Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_