

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y CUESTIONARIO DE
VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 - INFORMACIÓN DEL PACIENTE** *(Escriba con claridad)*

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	Número de Seguridad Social (opcional):
Fecha de Nacimiento (mmdaaaa):		Edad:		Género:	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Amerindia/Nativa de Alaska				Etnia: <input type="checkbox"/> Hispánica/Latina <input type="checkbox"/> No Hispánica/Latina	
Domicilio:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de celular:		Correo electrónico:		NÚMERO DE EMPLEADO ECH:	
Nombre del contacto de emergencia:		Relación con el contacto de emergencia:		Número de teléfono del contacto de emergencia:	
Nombre del seguro:		Número de identificación del seguro RX:		Número de grupo del seguro RX:	
Número RX BIN:	Número RX PCN:	Nombre del médico de cabecera:		Número de teléfono del médico de cabecera:	

A quien recibe la vacuna: Las siguientes preguntas ayudan a determinar si existe algún motivo por el cual usted no deba recibir la vacuna contra la COVID-19 el día de hoy. **Contestar "sí" a cualquiera de estas preguntas no significa necesariamente que Usted no deba vacunarse.** Solamente significa que se le harán más preguntas. Si una pregunta no es clara, solicite al profesional de la salud que se la explique. **Encierre en un círculo su respuesta a las siguientes preguntas:**

1. ¿Se siente enfermo?	SÍ	NO
2. ¿Ya recibió alguna dosis de la vacuna de COVID-19? En caso afirmativo, ¿cuál? Encierre en un círculo: Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Otra _____ Fecha de la 1. ^a dosis: _____ Fecha de la 2. ^a dosis: _____ Fecha de la 3. ^a dosis: _____ Fecha de la 4. ^a dosis: _____	SÍ	NO
3. ¿Vino para recibir una dosis de refuerzo? En caso afirmativo, ¿Usted da fe de que cumple con los requisitos establecidos por el CDC o el estado?	SÍ	NO
4. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a alguno de los componentes de la vacuna contra la COVID-19? Entre ellos: (Aquí, se incluye una reacción alérgica grave [p. ej.: anafilaxia] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen® o bien causado su hospitalización. También incluye una reacción alérgica ocurrida durante las 4 horas próximas que haya causado urticaria, hinchazón o problemas respiratorios, como sibilancia).		
a. Polietilenglicol (PEG), que se suele encontrar en medicamentos como los laxantes y las soluciones de preparación para la colonoscopia	SÍ	NO
b. Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos.	SÍ	NO
c. Una dosis anterior de la vacuna contra la COVID-19.	SÍ	NO
5. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a otra vacuna (además de la vacuna contra la COVID-19) o a un medicamento inyectable?	SÍ	NO
6. ¿Tiene algún problema de salud o está bajo algún tratamiento que debilite, moderada o gravemente, su sistema inmunitario? (Aquí, se incluyen el tratamiento para el cáncer o el VIH, la recepción de un trasplante de órganos, la terapia inmunosupresora o con corticosteroides de alta potencia, la terapia CAR-T, el trasplante de médula ósea [HCT] y los síndromes de DiGeorge y Wiskott-Aldrich)	SÍ	NO
7. ¿Ha recibido un trasplante de médula ósea (HCT) o terapia CAR-T desde la última vez que se vacunó contra la COVID-19?	SÍ	NO
8. Marque todas las correspondientes:		
<input type="checkbox"/> Soy un hombre de entre 12 y 29 años.	<input type="checkbox"/> He tenido síndrome de Guillain-Barré (GBS).	
<input type="checkbox"/> He tenido miocarditis o pericarditis.	<input type="checkbox"/> Se me ha diagnosticado un síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) luego de tener una infección por COVID-19.	
<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.	<input type="checkbox"/> He tenido una reacción alérgica grave a un alimento o un medicamento oral: _____	
<input type="checkbox"/> Tomo anticoagulantes.		

Certifico que soy: (a) el paciente y mayor de 18 años o (b) padre, madre o tutor legal del paciente. Además, doy mi consentimiento para que el profesional de la salud me aplique la(s) vacuna(s) mencionada(s) anteriormente. Entiendo los riesgos y los beneficios que ésta(s) conlleva(n) y he recibido, leído o comprendido los documentos informativos de la autorización de uso de emergencia (EUA) sobre la(s) vacuna(s) que elijo recibir. Reconozco que tuve la oportunidad de hacer preguntas y que éstas me fueron respondidas de manera satisfactoria. En mi nombre, de mis herederos y cesionarios, exonero al correspondiente profesional, sus trabajadores, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarios, funcionarios, directivos, contratistas y empleados de toda responsabilidad, deuda o reclamo que pueda surgir directa o indirectamente de la aplicación de la(s) vacuna(s) mencionada(s) anteriormente, sean o no de su conocimiento. Reconozco que comprendo el propósito/beneficio del registro estatal de vacunación ("Registro estatal") y que el profesional puede compartir mis datos de vacunación con este. Reconozco que, según las leyes estatales, puedo impedir la divulgación de mis datos de vacunación de parte del profesional hacia el Registro estatal mediante el formulario de exclusión voluntaria. Si el estado lo autoriza, el profesional me brindará un Formulario de Exclusión Voluntaria cuando yo así lo solicite. Comprendo que, según las leyes estatales, se necesitará mi consentimiento explícito a los fines requeridos, por lo que, mediante mi firma a continuación, autorizo al profesional a notificar al Registro estatal sobre mis datos de vacunación. Comprendo que, incluso si no doy mi consentimiento, o bien lo retiro, las leyes estatales pueden autorizar la divulgación de algunos de mis datos de vacunación. Autorizo de manera voluntaria a mi profesional de salud en El Camino Health / ECH Outpatient Pharmacy para utilizar mis datos de salud durante el período cubierto por esta Autorización o compartirlos con el médico responsable del protocolo de manejo de información de salud específica de personas vacunadas en El Camino Health / ECH Outpatient Pharmacy, mi médico de cabecera y los registros estatales, federales o de mi compañía de seguros donde se soliciten por motivo de tratamiento, pago u otros trámites de salud. Acepto la responsabilidad financiera plena ante cualquier costo compartido, tales como copagos, coseguros y deducibles, por los bienes y servicios solicitados así como también ante cualquier bien o servicio no cubierto por mi seguro. Entiendo que cualquier pago por el cual que se me haga responsable se vence al prestarse el servicio o luego de ser procesado por mi seguro.

TODOS LOS RECEPTORES DE LA VACUNA DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN.

Nombre en imprenta: _____ **Firma:** _____

Relación: _____ **Fecha:** _____

Si el receptor de la vacuna es menor de edad: un padre, madre, tutor legal o representante autorizado debe colocar su firma y aclaración arriba

******LO SIGUIENTE ES SOLO PARA EL USO DEL HOSPITAL/
LA FARMACIA - VACUNA APLICADA******

*******ADJUNTE LA ETIQUETA DE LA VACUNA Y LA ETIQUETA PROCESADA A CONTINUACIÓN,
O BIEN COMPLETE LA SECCIÓN DE FORMA MANUAL*******

MFC VACUNA CONTRA LA COVID-19	NDC N.º	TIPO DE DOSIS: 1 ^A / 2 ^A /3 ^A /REFUERZO	DOSIS (ML)	FECHA DE VIS O EUA	LOTE N.º	FECHA DE VENCIMIENTO	LUGAR DE APLICACIÓN
							BRAZO IZQUIERDO
							BRAZO DERECHO