

COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

Información sobre la persona que recibirá la vacuna (en letra de imprenta de favor)

Nombre/Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: Masc. Fem.

Raza: Asiático/a Negro/a Americano/a Nativo/a Isleño del Pacífico Blanco/a Otro/a Etnicidad: Hispánico/a sí no

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Número telefónico : _____ Tiene Medicare o Medicaid? No Sí -Número: _____

Tiene aseguranza? No Sí Compañía: _____ Póliza/ID#: _____

Indique el nombre del titular de la póliza, la fecha de nacimiento y la dirección, si no es usted: _____

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir una inyección de vacuna COVID. Responder "sí" a cualquier pregunta no impide que se vacune. Significa que se harán preguntas adicionales. Si una pregunta no es clara, pida una explicación a un proveedor de atención médica.

¿La persona quien se va a vacunar ha recibido alguna vez una vacuna COVID-19? No Sí

Si es así, fecha(s): _____ Tipo/Marca de vacuna COVID: _____

Si es así, y cumplió la seria inicial ¿Quiere una dosis de refuerzo ahora? No Sí

(Se les recomienda a todos mayores de 12 años, 5 me. después de Pfizer y Moderna, o 2 me. después de J&J)

¿Tiene Ud. una inmunosupresión moderada/severa (por ejemplo, tratamiento para cáncer)? No Sí

(Si es así, se le recomienda recibir una dosis adicional y completa, por lo menos 28 días después de que se cumple la seria inicial.)

Por favor indica la edad de la persona que se va a vacunar: Mayor de 18 años
 Entre 12 y 17 años
 Entre 5 y 11 años

¿La persona que se va a vacunar es alérgica a algún medicamento, alimento, vacuna o látex? No Sí

Enumere todas las alergias: _____

¿La persona que se va a vacunar ha tenido una reacción grave a una vacuna o terapia inyectable? No Sí

¿Está enferma la persona que se va a vacunar hoy? No Sí

¿Tiene la persona quien se va a vacunar, un trastorno de sangrado o recibe anticoagulantes? No Sí

¿Tiene la persona quien se va a vacunar, una historia de tener miocarditis o pericarditis? No Sí

¿Recibió la persona quien se va a vacunar terapia pasiva de anticuerpos contra el COVID-19? No Sí

He leído, o me han explicado, la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y pido que me la administren a mí o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud (padre o tutor). He recibido y leído el Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud de Wyoming y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información. Si califico, autorizo la facturación a mi compañía de seguros y la divulgación de la información requerida para procesar mis reclamos. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Salud Pública del Condado de Uinta.

ME ACONSEJARON QUE ESPERE 15 MINUTOS DE OBSERVACIÓN DESPUÉS DE RECIBIR MI VACUNA ANTES DE SALIR.

X Firma del cliente o padre: _____ Fecha: _____

Escriba en letra de imprenta si es el tutor o padre: _____

Clinic site: _____ Date of vaccine: _____ Date 2nd dose due: _____ JJ M-Full M-B Pf-Full Pf-Ped

VIS/EUA Fact Sheet Provided: Yes No Pfizer 0.2ml Pfizer 0.3ml Moderna 0.5ml Moderna 0.25ml J&J 0.5ml

Site of IM injection: RDT or LDT or _____ Lot number: _____

Signature & title of vaccine administrator: _____

Comments: _____ Billed WYIR