

## Formulario de consentimiento para la vacuna COVID

**POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE**

Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Lawson ID# \_\_\_\_\_ (Empleados de St. Bernards)

Departamento de St. Bernards o empleador:

\_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

<b>Este es mi:</b>	
<b>PRIMERA DOSIS</b>	<b>SEGUNDA DOSIS</b>
<b>DE LA VACUNA DEL COVID (MARQUE UNA SOLA)</b>	

- |  |       |     |                   |
|--|-------|-----|-------------------|
| 1. ¿Ha recibido alguna vacuna en el pasado?  | ?     | SI* | NO                |
| * Si es así, ¿tuvo algún problema?   |       | SI* | NO                |
| * Si es así, ¿qué tipo de problemas?   | _____ |     |                   |
| 2. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 2 semanas?  |       | SI  | NO                |
| 3. ¿Tiene programada otra vacuna? (Aparte de esta serie de vacunas COVID)  |       | SI  | NO                |
| 4. ¿Ha recibido tratamiento para COVID 19 con anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente en los últimos 90 días?  |       | SI  | NO                |
| 5. ¿Tiene alguna alergia o reacción a algún alimento, medicamento o vacuna?  |       | SI  | NO                |
| 6. En el pasado, ¿ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna? ¿Tiene antecedentes de desmayos, particularmente con las vacunas? ¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha advertido alguna vez sobre la posibilidad de recibir ciertas vacunas o de recibirlas fuera de un entorno médico? |       | SI  | NO                |
| 7. Para las mujeres, ¿está embarazada, planea quedar embarazada o está amamantando?  |       | SI  | NO      No aplica |
| 8. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?   | SI    | NO  |                   |
| 9. ¿Ha recibido una vacuna COVID-19 aparte de la inicial Pfizer-BioNTech si esta es su segunda dosis?  |       | SI  | NO                |
| 10. ¿Está inmunocomprometido o toma algún medicamento que afecte a su sistema inmunológico?  |       | SI  | NO                |

**(OVER)**

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:**

Se me ha proporcionado la hoja informativa más actualizada para destinatarios y cuidadores para la autorización de uso de emergencia de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech para la prevención de la enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19) que explica los beneficios y riesgos de recibir la vacuna. Como con todos los tratamientos médicos, no hay garantía de que no experimente un efecto secundario adverso de la vacuna. Entiendo que si recibo una dosis de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, debería recibir una segunda dosis de esta misma vacuna 3 semanas después para completar la serie de vacunación.

**Solicito que me pongan la vacuna.**

Nombre Legal:

\_\_\_\_\_

Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Mes/ Día /Año)

Raza: \_\_\_\_\_

Hispano \_\_\_\_\_ No Hispano/Latino \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Al dar a St. Bernards su número de teléfono, usted autoriza a St. Bernards o a sus agentes a contactarle por mensaje de texto o llamada telefónica con respecto a sus vacunas y/o citas de vacunación.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

<b>HOSPITAL USE ONLY</b>
Manufacturer: Pfizer-BioNTech
Lot#: _____
Exp. Date: _____
IM Injection Site: <b>R deltoid</b> _____
<b>L deltoid</b> _____
Dose: 0.3 ml
_____
Administering Provider Signature/Credential
Date: _____
Time: _____

Parent/Legal Guardian Signature (required if under 18) \_\_\_\_\_

Relationship to patient \_\_\_\_\_