

Formulario de consentimiento y administración de la vacuna contra el COVID-19

Patient Label Here

Place label here for inpatients/those who have label generated; if outpatient/no label, please have patient provide information below

Nombre:		Fecha de nacimiento:
Dirección:		
Sexo:	Raza/Etnia:	Número de teléfono:
Si tiene seguro médico, especifique el nombre del proveedor:	Nombre del plan: _____ N.º de grupo: _____	Id. de miembro: _____

Mi proveedor de atención médica me ha aclarado todas mis dudas con respecto a la vacuna contra el COVID-19 y los problemas de salud que yo podría padecer. Mi proveedor de atención médica me ha recomendado proceder con la vacunación contra el COVID-19, O BIEN, si mi proveedor de atención médica me ha recomendado no proceder con la vacunación contra el COVID-19, he tenido en cuenta su recomendación y he decidido proceder con la vacunación contra el COVID-19 de todos modos.

Para recibir la vacuna contra el COVID-19, debe colocar sus iniciales en TODAS las declaraciones.	Iniciales
Nunca tuve una reacción alérgica o anafiláctica a una vacuna contra el COVID-19, al polietilenglicol (Pfizer, Moderna) o al polisorbato (Johnson & Johnson/Janssen).	
<ul style="list-style-type: none"> No tengo ninguna infección activa por COVID-19. No he recibido anticuerpos monoclonales para tratar el COVID-19 en los últimos 90 días. 	

Entiendo que la autorización de uso de emergencia (EUA) es una forma de hacer que un producto médico no aprobado esté disponible durante una emergencia de salud pública.

Vacuna que se le aplicará hoy (El personal de Beebe debe marcar esta casilla)	Tiene aprobación total de la FDA	Aprobada mediante autorización de uso de emergencia (EUA) de la FDA	Riesgos	
Pfizer BioNTech para mayores de 16 años	<input type="checkbox"/>	SÍ	N/C	Consulte la hoja informativa para receptores y cuidadores sobre la vacuna de Pfizer para mayores de 12 años de edad que se incluye por separado.
Pfizer BioNTech para 5 a 15 años y 3.ª dosis para mayores de 12 años y dosis de refuerzo para mayores de 16 años	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	O bien consulte la hoja informativa para receptores y cuidadores sobre la vacuna de Pfizer para personas de entre 5 y 11 años de edad que se incluye por separado.
Moderna para mayores de 18 años	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	Consulte la hoja informativa para receptores y cuidadores sobre la autorización de uso de emergencia (EUA) de Moderna que se incluye por separado.
Johnson Johnson/Janssen para mayores de 18 años	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	Consulte la hoja informativa para receptores y cuidadores sobre la autorización de uso de emergencia (EUA) de J&J que se incluye por separado. Consulte los riesgos específicos de coágulos de sangre , bajos niveles de plaquetas y el síndrome de Guillain-Barré en la hoja informativa.



CON0901

Riesgos aplicables a todas las vacunas mencionadas anteriormente en este documento:

- Reacciones en el lugar donde se aplica la inyección: posiblemente dolor, sensibilidad, enrojecimiento e hinchazón. Inflamación de ganglios linfáticos. Efectos secundarios generales: fatiga, dolor de cabeza, dolor articular o muscular, escalofríos, náuseas y vómitos, y fiebre.
- Como sucede con todos los medicamentos, hay una posibilidad muy remota de que la vacuna cause una reacción alérgica grave, otras lesiones graves e incluso la muerte.

Comprendo que se ofrecen vacunas de diferentes laboratorios y elijo que se me aplique la que está disponible hoy. También sé que tengo la opción de no vacunarme contra el COVID-19.

He leído el documento de V-SafeSM de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) que se me proporcionó por separado y acepto informar los efectos secundarios que experimente a mi proveedor o a los CDC a través de V-SafeSM. Ante una emergencia médica, comprendo que debo llamar al 911 para obtener atención médica de inmediato.

Al firmar a continuación, ratifico lo informado anteriormente en este documento y eximo a Atención Médica de Beebe y/o Beebe Medical Group y/o sus empleados de cualquier reclamo que pueda surgir en relación con la vacuna contra el COVID-19 que me aplicaron.

En el caso de los residentes del estado de Delaware, la vacuna contra el COVID-19 que se les aplique hoy se agregará al Registro de Vacunación Federal y al Registro de Vacunación del Estado de Delaware para que los médicos puedan acceder a dicha información.

Firma del paciente Fecha Hora Firma del proveedor de atención médica Fecha Hora
que proporcionó la información del consentimiento

Firma del representante legal del paciente (si el paciente no puede dar consentimiento)

Nombre (en letra de imprenta) del representante legal del paciente Fecha Hora Relación con el paciente
(si el paciente no puede dar consentimiento)

Testigo de la firma (que no sea la persona que proporcionó la información del consentimiento) Fecha Hora

2.º testigo (necesario si el consentimiento se obtuvo por teléfono o videoconferencia) Fecha Hora

Interpretación médica certificada:

Doy fe de que traduje el texto del presente formulario, así como cualquier otra información adicional escrita, y que interpreté la información oral proporcionada al paciente o representante legal al idioma _____, y que para hacerlo utilicé el siguiente método:

- Interpretación en persona. Firma del intérprete: _____
- Interpretación telefónica (OPI). Nombre del intérprete en letra de imprenta: _____ Número de identificación: _____
- Servicio de interpretación simultánea remota (IRIS). Nombre del intérprete en letra de imprenta: _____ Número de identificación: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTE RENGLÓN

Manufacturer:	DELTOID R L	Route: Intramuscular
NDC:	Clinician Signature:	
Vaccine Lot:	Date:	
Exp Date:		