

Consentimiento para la vacuna contra la COVID-19

Nombre: _____ Apellido(s): _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

Numero de teléfono: _____ Dirección electrónica: _____

¿Cuál es su género? Masculino Femenino ¿Cuál es su origen étnico? Hispánico No Hispánico

¿Cuál es su raza (favor de marcar todas las que apliquen)?

Indígenas americanos/Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Blanco Isleño de otra isla de Pacífico Nativo de Hawái

¿Tiene seguro médico? Sí No Si es así: Medicaid Medicare Otro seguro médico privado

	SI	NO
1. ¿Se siente enfermo/a hoy?		
2. ¿Ha visto a un proveedor médico durante los 14 últimos días? Si su respuesta es afirmativa, ¿para qué? _____		
3. ¿Ha recibido una vacunación durante los 14 últimos días?		
4. ¿Ha recibido usted alguna vez una dosis de la vacuna contra la COVID-19? <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Otro producto		
5. ¿Ha sufrido usted alguna vez una reacción alérgica severa (p. ej., anafilaxis) a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la cual usted recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen o por la cual tuvo que ir a un hospital?		
5(a). ¿Fue la reacción alérgica severa después de haber recibido una vacuna contra la COVID-19?		
5(b). ¿Fue la reacción alérgica severa después de haber recibido otra vacuna u otro medicamento inyectable?		
6. ¿Sufre usted de algún trastorno hemorrágico (de sangrado) o está tomando un diluyente de la sangre (anticoagulante)?		
7. ¿Ha recibido usted terapia pasiva de anticuerpos (terapia con plasma de personas convalecientes) como tratamiento para la COVID-19?		

Yo entiendo que si contesto "sí" a cualquiera de las condiciones indicadas arriba, yo podría correr mayor riesgo de tener una reacción negativa o problemas con la vacuna. Declaro, además, que si alguna de las condiciones a continuación me aplica, he tenido la oportunidad de hablar con mi proveedor de atención primaria y estoy tomando una decisión informada (bien fundamentada) de recibir la vacuna.

1. Está embarazada, tratando de quedar embarazada o amamantando;
2. Tiene un trastorno hemorrágico (de sangrado) o toma un diluyente de la sangre (anticoagulante);
3. Es paciente inmunocomprometido o está tomando medicamentos que afectan el sistema inmunológico (tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos oncológicos [contra el cáncer]; fármacos o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o psoriasis; VIH/SIDA, cáncer, leucemia, espondilitis anquilosante o tratamientos con radiación).

Estoy de acuerdo en esperar en o cerca de la localización de la clínica por un mínimo de 15 minutos después de haber recibido la vacuna. Si anteriormente he sufrido una reacción alérgica severa a una vacuna o medicamento inyectable, estoy de acuerdo en esperar en o cerca de la clínica por un mínimo de 30 minutos después de haber recibido la vacuna.

Entiendo que la vacuna contra la COVID-19 es una serie de dos dosis. Mi firma en este formulario de consentimiento indica que estoy de acuerdo en recibir la primera y la segunda dosis de la vacuna.

Entiendo que la vacuna contra la COVID-19 ha sido autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. [en inglés, Food and Drug Administration, por sus siglas, FDA] por medio de la Autorización de uso de emergencia (en inglés, Emergency Use Authorization, por sus siglas, EUA) y que en este momento no hay suficiente evidencia científica disponible que permita que la FDA apruebe sin reservas vacuna alguna contra la COVID-19.



Entiendo que los riesgos comunes asociados con la vacuna contra la COVID-19 incluyen los siguientes, pero no se limitan a ellos: dolor, enrojecimiento o hinchazón en el área en la cual se puso la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, náusea, sensación de malestar o indisposición o inflamación de los nódulos linfáticos (linfadenopatía). Entiendo que es posible que la vacuna cause una reacción alérgica severa la cual podría incluir anafilaxis (dificultad para respirar, hinchazón de la cara/ el rostro y la garganta, un ritmo cardíaco rápido, sarpullido por todo el cuerpo, mareo y/ o debilidad). Entiendo que éstos no son necesariamente todos los posibles efectos secundarios de la vacuna contra la COVID-19 ya que la vacuna sigue en proceso de estudio en ensayos clínicos. También entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o las complicaciones que pudieran estar asociadas con la vacuna. Entiendo que en este momento no se sabe cuáles pudieran ser los efectos secundarios a largo plazo o las complicaciones de esta vacuna.

Entiendo que la vacunación está siendo administrada por la Conexión Médica Comunitaria, Inc. (CHC, por sus siglas en inglés). La persona propietaria y/ o la persona operadora de esta organización, sus afiliados, oficiales, directores, empleados y agentes rechazan explícitamente toda responsabilidad por la vacuna. Doy mi consentimiento a la luz de este conocimiento y en consideración de que CHC está administrando la vacuna contra la COVID-19. Yo, por mi propia persona y por mis herederos, administradores, fideicomisarios, ejecutores, cesionarios y sucesores en interés, por la presente estoy de acuerdo en eximir de toda y cualquier responsabilidad a CHC, sus subsidiarios, divisiones, afiliados, sucesores, cesionarios, directores, oficiales, fideicomisarios, empleados, voluntarios y agentes de cualquier y contra toda demanda, daños, pérdidas, costos, gastos, obligaciones, responsabilidades, reclamos, acciones y causa de acción (ya tengan o no tengan fundamento todas y cada una de las anteriores), sea cual sea su naturaleza (incluyendo, sin limitaciones, honorarios razonables de abogados y gastos judiciales) por causa de o como resultado de, sea cual sea la forma ,de todos y cualquiera de los actos, accidentes, eventos, incidentes, omisiones y eventos análogos relacionados con, o provenientes de, directamente o indirectamente, yo haber recibido esta vacuna contra la COVID-19. CHC no ofrece ninguna garantía, explícita o implícita, incluyendo pero no limitándose a garantías implícitas de comercialidad o idoneidad para un propósito particular respecto a la vacuna o su efectividad.

He leído y he entendido el documento "Fact Sheet for Recipients and Caregivers" (Hoja informativa para vacunados y cuidadores). Entiendo, además, y acepto que a CHC se le requiere que envíe información sobre la administración de la vacuna contra la COVID-19 a Oklahoma State Immunization Information System (Sistema de información sobre inmunizaciones del Estado de Oklahoma, OSIS, por sus siglas en inglés) y que le informe a Vaccine Adverse Event Reporting System (Sistema de información de eventos adversos a la vacuna; VAERS, por sus siglas en inglés), sobre reacciones adversas moderadas y severas después de la vacunación.

Entiendo y estoy de acuerdo con todo lo anterior y por la presente doy mi consentimiento al personal de CHC para que me administren una vacuna contra la COVID-19.

Firma

Fecha

Nombre

Fecha

Vaccine Lot Number and Expiration Date	Route	Administered by (legal signature and title)
Lot # _____ Expiration Date: _____	IM <input type="radio"/> RD <input type="radio"/> LD	

