

## Consentimiento Informado Sobre la Vacuna (COVID)

### Información del paciente

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Anos: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Información del seguro

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Numero de BIN: \_\_\_\_\_  
 Numero de ID: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

### Para Pfizer o Moderna Serie de vacunación COVID-19

Estas aqui para recibir:  DOSIS 1  DOSIS 2 \*Fecha que recevio dosis 1 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fabricante: Pfizer or Moderna

If dose 2: **For Staff: Verify the interval and initial \_\_\_\_\_ 28 days (Moderna: range of 26-35 days is acceptable)**

### Cuestionario de detección

	Si	No
¿Estas enfermo hoy? En caso afirmativo, enumere sus síntomas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted o alguien en su hogar ha sido expuesto, diagnosticado o puesto en cuarentena por COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 2 semanas? Si es así, por favor enumere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algún medicamento, látex, alimentos, mascotas o insectos que requirieran el uso o tratamiento con epinefrina (EpiPen)? En caso afirmativo, enumere las alergias: _____ * Debe observarse durante 30 minutos después de la vacunación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una condición médica subyacente como hígado, riñón, enfermedad cardíaca, diabetes o está inmunodeprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para las mujeres: ¿Está embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yo, el abajo firmante, por la presente reconozco que he recibido la hoja de vacuna de Autorización de uso de emergencia (EUA). He tenido la oportunidad de hacer preguntas para que me administren la vacuna o la persona nombrada anteriormente, para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud. Acepto permitir que los usuarios autorizados almacenen mi información de vacunación y accedan a ella en la WebIZ de Nevada. Solicito voluntariamente que se me administre la vacuna a mí oa la persona antes mencionada para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Autorizo que la vacuna sea administrada por un estudiante farmacéutico capacitado.

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

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

Si es menor de 18 años, escriba en letra de molde el nombre del padre, tutor o cuidador: \_\_\_\_\_

Vaccine	Lot #	Exp Date	Route	Site	Dose	Date Given	Administered by:
Moderna (MOD) or Janssen (JSN)			IM	LD or RD	0.5 ml		

**Consentimiento informado sobre la vacuna (COVID) - Información demográfica**

**Información del paciente**

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Etnicidad**

Marque todas las casillas correspondientes:

- Hispana o latino/a
- No hispana o no latino/a
- No conocida

**Raza**

Marque todas las casillas correspondientes:

- Asian
- Black
- Native Hawaiian or Pacific Islander
- White
- Other
- Mixed
- Unknown

**Grupos de personal: marque uno de los grupos a continuación que mejor lo describa:**

**Fuerza de trabajo esencial / de primera línea**

- Personal de salud (hospital de cuidados intensivos)
- Personal sanitario en un centro de cuidados a largo plazo
- Personal de atención médica de primera línea (psiquiátrico / de sustancias Abuso del entorno hospitalario)
- Personal de servicios médicos de emergencia (EMS)
- Personal de salud pública de primera línea
- Trabajadoras de laboratorio
- Farmacéutica/ Técnico de Farmacia
- Personal de atención médica (entorno ambulatorio)
- Personal de atención médica domiciliaria
- Personal / Juvenil del Departamento de Correcciones de Nevada Personal del centro de detención
- Personal de aplicación de la ley de primera línea
- Personal desplegado y de misión crítica
- Personal del centro estatal de operaciones de emergencia
- Otro personal de primera línea, especifique: \_\_\_\_\_

**Seguridad y Protección Pública**

- Departamento de Correcciones
- Aplicación de la ley, seguridad pública y seguridad nacional
- Gerentes / personal de operaciones de emergencia estatales y locales

**Soporte de la comunidad de primera línea**

- Educación (Pre-K, K-12) y cuidado infantil
- NSHE Educadores, personal y estudiantes de primera línea
- Personal de primera línea de apoyo comunitario

- Continuidad de la gobernanza (estatal y local)
- Transporte público esencial
- Personal restante de salud pública esencial
- Servicios mortuorios

**Cadena de suministro y logística de primera línea**

- Agricultura y procesamiento de alimentos
- Cadena de suministro de bienes esenciales de extremo a extremo
- Infraestructura de servicios públicos y comunicaciones
- NDOT y personal de emergencia vial local
- Operaciones aeroportuarias de primera línea
- Otro transporte esencial

**Industrias de servicios y comercio de primera línea**

- Servicio de comida y hospitalidad
- Productos y servicios de higiene
- Plantilla de la Institución de Crédito Depositario

**Infraestructura de primera línea**

- Infraestructura, refugio y vivienda (construcción)
- Operaciones mineras esenciales

**Otra**

- Personal administrativo de apoyo comunitario
- NSHE Estudiantes que viven en residencias patrocinadas por el campus ajustes
- NSHE Fuerza laboral restante

**OR**

**Población general**

- Nevadans 70 años y más
- Nevadans 65-69 años
- Nevadans 16-64 años con condiciones subyacentes
- Personas con discapacidad
- Nevadans Experimentar la falta de vivienda
- Nevadans 16-64 años, adultos sanos