

Consentimiento Informado Sobre la Vacuna (COVID)

Información del paciente

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____
 _____ Por favor marque: M / H

Información del seguro médico

Nombre del seguro: _____ Numero de BIN: _____

Numero de ID: _____ Numero de grupo: _____

Beneficiario de Medicare o
sin seguro:

Información de la serie inicial

Círculo uno: Estas aquí para recibir: Pfizer Moderna Johnson/Johnson Fecha que recibió DOSIS 1: ___/___/___
 Fecha que recibió DOSIS 2: ___/___/___
 Fecha que recibió DOSIS 3: ___/___/___

Elige uno: ¿Estás aquí para recibir un refuerzo de: Pfizer Moderna Johnson/Johnson

Cuestionario de detección

	Si	No
¿Estas enfermo hoy? En caso afirmativo, indique 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 indique: _____	<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: _____	<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 o a 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)			IM	LD or RD	0.25 ml		
Pfizer (PFR)			IM	LD or RD	0.3 ml		
Johnson/Johnson			IM	LD or RD	0.5 ml		

Entered into WebIZ

COVID Booster o Tercera Dosis

Pfizer y Moderna Booster Shots: Las vacunas de refuerzo contra el COVID-19 están disponibles para los siguientes beneficiarios de Pfizer y Moderna que completaron su serie inicial hace al menos 6 meses y son:

- Mayores de 65 años
- Edad de 18 años o más y residente de un entorno de atención a largo plazo
- De 18 años o más con ciertas afecciones médicas subyacentes, que incluyen:
 - o Cáncer
 - o Enfermedad renal crónica
 - o Enfermedad pulmonar crónica
 - o Demencia u otras afecciones neurológicas
 - o Diabetes
 - o Síndrome de Down
 - o Afecciones cardíacas
 - o Infección por VIH
 - o Inmunocomprometidos
 - o Enfermedad hepática
 - Sobrepeso y obesidad
 - Embarazo
 - Enfermedad de células falciformes o talasemia
 - Fumar, actual o anterior
 - Receptor de trasplante de órganos sólidos o células madre sanguíneas
 - Accidente cerebrovascular o enfermedad cerebrovascular
 - Trastorno por uso de sustancias
- Mayores de 18 años con mayor riesgo de exposición y transmisión de COVID-19 debido a entornos ocupacionales o institucionales

Johnson/Johnson Booster Shots: Las vacunas de refuerzo están disponibles para aquellos que han recibido una vacuna johnson/johnson hace al menos dos meses.

Tercera dosis: Las terceras dosis de Pfizer o Moderna están autorizadas para personas que recibieron 2 dosis de Pfizer o Moderna y la 2ª dosis fue hace al menos 28 días Y se consideran inmunocomprometidas de moderada a grave, incluyendo:

- Ha estado recibiendo tratamiento activo contra el cáncer para tumores o cánceres de la sangre
- Recibió un trasplante de órganos y está tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunológico
- Recibió un trasplante de células madre en los últimos 2 años o está tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunológico
- Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (por ejemplo, síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich)
- Infección por VIH avanzada o no tratada
- Tratamiento activo con dosis altas de corticosteroides u otros medicamentos que pueden suprimir su respuesta inmune

Las personas deben autocertificar que cumplen con estos criterios para ser elegibles para un refuerzo de la vacuna COVID o una tercera dosis.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Vacuna previa recibida: _____ Fecha de la última dosis: _____

Elija la casilla que le corresponda:

Sí, cumplen con los criterios enumerados anteriormente.

No, no estoy en los criterios enumerados anteriormente.

Signature: _____ Date: _____