

## Consentimiento informado sobre la vacuna contra la COVID (de 5 a 11 años)

**PEDIATRIC PFIZER**

### Información del paciente

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ \*DEBE SER 5-11

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor marque: M / F

### Información del seguro médico

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Numero de BIN: \_\_\_\_\_ Numero de PCN: \_\_\_\_\_

Numero de ID: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

No tengo seguro en este momento. *Documentación de ciudadanía/inmigración y el seguro medico no se requiere para una vacuna*

### Información de la serie Pfizer

¿Estás aquí para recibir?:  DOSE 1

Fecha de la DOSIS 1: \_\_/\_\_/\_\_

DOSE 2

Fecha de la DOSIS 2: \_\_/\_\_/\_\_

REFUERZO\*

\*Fecha que recibió más reciente REFUERZO: \_\_/\_\_/\_\_

\*El refuerzo bivalente solo se puede recibir 2 meses después de la última dosis de refuerzo

### Cuestionario de detección

	Si	No
¿Su hijo está enfermo hoy? En caso afirmativo, enumere los síntomas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo o alguien en su hogar ha estado expuesto, diagnosticado o ha sido puesto en cuarentena por COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo ha recibido alguna vacuna en las últimas 2 semanas? En caso afirmativa, sírvase enumerar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algún medicamento, látex, alimentos, mascotas o insectos que requirió el uso o tratamiento con epinefrina (EpiPen)? En caso afirmativa, enumere las alergias: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo tiene una afección médica subyacente como hígado, riñón, enfermedad cardíaca, diabetes o está inmunocomprometidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante?	<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. Al firmar este consentimiento, estoy indicando que entiendo que puedo acceder a una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Community Health Alliance relacionado con la información de salud en esta página <https://www.chanevada.org/patients/privacy-policy/>.

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

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre o tutor legal (impreso): \_\_\_\_\_

Vaccine	Lot #	Exp Date	Route	Site	Dose	Date Given	Administered by:
Pediatric Pfizer Monovalent			IM	LD or RD	0.2 ml		
Pediatric Pfizer Bivalent			IM	LD or RD	0.2 ml		