

Consentimiento Informado Sobre la Vacuna (12+ PFIZER)

Información del paciente

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Calle: _____

Edad: _____ *DEBER TENER MAS DE 12

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Por favor marque: M / F

Información del seguro médico

Nombre del seguro: _____ Numero de BIN: _____

Beneficiario de Medicare o sin seguro: _____

Numero de ID: _____ Numero de grupo: _____ Numero de PCN: _____

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

Información sobre la vacuna COVID-19

Estas aqui para recibir: DOSIS 1 REFUERZO* Fecha que recibio más reciente REFUERZO: ___/___/___

DOSIS 2

DOSIS 3

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

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, he leído o me han explicado la hoja de información de vacunación (VIS). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la (s) vacuna (s) y he respondido satisfactoriamente a mis preguntas. Solicito voluntariamente que se me administre la vacuna o a la persona mencionada para la cual estoy autorizado a hacer esta solicitud. 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: _____

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: |
|-------------------|-------|----------|-------|----------|--------|------------|------------------|
| Pfizer Monovalent | | | IM | LD or RD | 0.3 ml | | |
| Pfizer Bivalent | | | IM | LD or RD | 0.3 ml | | |