

## 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

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

DOSIS 3

### 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		