



Number #: _____

Formulario de Consentimiento para la aplicación de la Vacuna COVID

Primera Dosis
 Segunda Dosis
 HRSA

Información para pacientes			
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro
Apellido de la madre	Nombre de la madre	Género	
Dirección:			
Calle	Apt. #	Ciudad	C.P.
No. de teléfono # ()	()	()	
Hogar	Trabajo	Celular	
Contacto de emergencia:			
Nombre		Relacion	# de Teléfono
Demografía – Debe marcar al menos 1 casilla por sección			
<u>Raza:</u> <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra Raza <u>Etnia:</u> <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Migratory/Seasonal Agricultural Workers <input type="checkbox"/> Individuals Experiencing Homelessness <input type="checkbox"/> Residents of Public Housing <input type="checkbox"/> Individuals with Limited English Proficiency <input type="checkbox"/> Not Applicable		
Información del seguro:			
<small>*Divulgación del paciente: La vacuna será proporcionada por el gobierno sin costo. Se le cobrará a su compañía de seguro por el costo de la administración de su vacuna. Usted no es personalmente responsable de ningún costo.</small>			
Tipo de Seguro	Nombre de la compañía de seguros	No. de identificación del miembro	Número de grupo
Número de grupo	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	
Relación del titular de la póliza con el paciente			
Datos de su vehículo el día de la cita para la vacuna			
Color	Marca	Modelo	



Formulario de Consentimiento para la aplicación de la Vacuna COVID

- Primera Dosis Segunda Dosis HRSA

ELIJA SU ELEGIBILIDAD: Marque todo lo que corresponda.

- Resido en el condado de Alameda Resido en el condado de Santa Clara
 Trabajo en el condado de Alameda Trabajo en el condado de Santa Clara

Indique la ciudad en la que vive y / o trabaja: _____

NOTIFICACIÓN DE SEGUNDA DOSIS

Reconozco que tendré que programar una segunda dosis de vacuna. Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos o mensajes de texto con recordatorios sobre mi cita para la vacuna de COVID-19 si aún no he recibido mi segunda dosis de vacuna. Entiendo que dichos mensajes no se enviarán de forma segura.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

Se me ha proporcionado la hoja informativa sobre la vacuna del COVID-19 para receptores y cuidadores. He leído la información proporcionada sobre la vacuna que estoy por recibir y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas para mi satisfacción. Comprendo los beneficios y los riesgos de la vacunación. Entiendo que debo permanecer en el área de administración de la vacuna durante un mínimo de 15 minutos después de la inyección para que me monitoreen por cualquier posible evento adverso.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Entiendo que BACH puede estar obligado a divulgar mi información de salud a los registros estatales o federales para fines de tratamiento u otras necesidades, tales como fines de salud pública, seguimiento de vigilancia y control de seguridad. La siguiente información de salud individualmente identificable puede ser divulgada: tipo de vacuna y números de identificación, fecha de vacunación, incluyendo todas las dosis e información de seguimiento posterior. Por medio de la presente doy mi consentimiento al personal de BACH para acceder a mi historial médico electrónico con el fin de documentar mis encuentros de vacunación.

X

Signature of patient to receive vaccine (or parent, guardian or authorized representative) Fecha
If signing on behalf of the patient, you are stating that you are authorized to provide the required consents on behalf of the patient.

Nombre del paciente que va a recibir la vacuna

Nombre del padre, tutor o representante autorizado	Número de teléfono	Relación
----------------------------------------------------	--------------------	----------



Formulario de Consentimiento para la aplicación de la Vacuna COVID

Primera Dosis Segunda Dosis HRSA

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Preguntas de evaluación para la vacunación contra el COVID	SÍ	NO	NO SÉ
1. ¿Se siente usted mal hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de vacuna del COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuál de las vacunas recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> otra: _____			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) en el pasado? Por ejemplo: ¿una reacción por la que se le trató con epinefrina o EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Hubo una reacción alérgica grave después de recibir una vacuna del COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– ¿Hubo una reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna o medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia como parte de un tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene usted algún trastorno hemorrágico o está tomando algún anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene el sistema inmunológico debilitado o toma actualmente medicamentos que pueden disminuir su respuesta inmune? (por ejemplo, medicamentos para el VIH, esteroides, medicamentos contra el cáncer o tratamiento de radiación, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En el caso de mujeres, ¿está usted amamantando o embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del paciente que va a recibir la vacuna (o del padre, tutor o representante autorizado)

Fecha

Info Reviewed and OK to give Covid Vaccine: _____

Staff

LD RD Time: _____ Initials: _____