

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19



SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY): _____/_____/_____ Edad: _____

Dirección personal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de e-mail: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN B: LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EVALUACIÓN

Si usted responde "sí" a cualquiera de las preguntas, eso no necesariamente significa que usted no debería ser vacunado(a). Simplemente significa que se le podrían formular preguntas adicionales.

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN		SÍ	NO	NO SÉ
1	¿Está enfermo(a) hoy, con fiebre, infección respiratoria u otra enfermedad moderada grave?			
2	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
3	¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma para tratamiento del COVID-19 en los últimos 90 días?			
4	¿Tiene ALGUNA alergia (por ejemplo, a alimentos o medicamentos)? En caso afirmativo, por favor enumerar:			
5	¿Ha tenido alguna vez alguna reacción grave o se ha desmayado luego de aplicarse una vacuna o un medicamento inyectable?			
6	¿Tiene sensibilidad al látex (guantes, vendajes)?			
7	¿Tiene un trastorno de sangrado, o está tomando un anticoagulante?			
8	¿Está embarazada, intentando quedar embarazada o amamantando?			
9	¿Está inmunocomprometido(a) o está tomando algún medicamento que debilite o afecte su sistema inmunológico?			
10	¿Ha tenido alguna vez una convulsión o un trastorno cerebral u otro problema del sistema nervioso?			

Usted no debe recibir la vacuna contra el COVID-19 si:

- tuvo una reacción alérgica grave después de recibir una dosis anterior de esta vacuna
- tuvo una reacción alérgica grave a cualquier ingrediente de esta vacuna.

Formulario completado por (nombre en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Formulario examinado por (nombre en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

SECCIÓN C: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Mediante mi firma a continuación, indico que comprendo y acepto lo siguiente:

- He elegido voluntariamente recibir la vacuna contra el COVID-19.
- Certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas de evaluación anteriores y a mi proveedor de vacunación son precisas.
- He leído o se me ha explicado y entiendo “Qué hacer si tiene una reacción a la vacuna contra el COVID-19” (“What To Do If You Have A Reaction To The COVID-19 Vaccination”) y la Hoja informativa sobre la autorización de la FDA para uso de emergencia sobre la vacuna contra el COVID-19 que he elegido recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna.
- Entiendo que los riesgos comunes asociados con la vacuna contra el COVID-19 incluyen, entre otros, enrojecimiento o hinchazón en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, malestar o hinchazón de los ganglios linfáticos. Entiendo que la vacuna puede causar una reacción alérgica, la que puede incluir dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, ritmo cardíaco acelerado, erupción en todo el cuerpo, mareos y/o debilidad. Entiendo que estos pueden no ser todos los efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19, y que no es posible prever todas las posibles complicaciones que podrían estar asociadas a la vacuna.
- Se me ha ofrecido y/o entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Whitman-Walker Health, de acuerdo con las exigencias de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguro de salud (HIPAA).
- Entiendo y acepto que Whitman-Walker Health está obligada a presentar datos de administración de la vacuna contra el COVID-19 al Sistema de información de inmunización del Distrito de Columbia e informar acerca de episodios adversos moderados y graves tras la vacunación al Sistema de informes de episodios adversos tras la vacunación (VAERS - Vaccine Adverse Event Reporting System).
- **Acepto ESPERAR en el área de espera de la clínica durante 15 minutos para observación después de recibir la vacuna. Si he tenido anteriormente una reacción alérgica grave a una vacuna, acepto ESPERAR durante 30 minutos después de recibir la vacuna.**
- **Presto mi consentimiento para la administración de la vacuna contra el COVID-19 por personal de Whitman-Walker Health, y en mi propio nombre, el de mis herederos y representantes personales, eximo a Whitman-Walker Clinic, Inc. d/b/a Whitman-Walker Health, sus agentes, empleados, autoridades, directores y afiliadas, de toda responsabilidad o reclamación, sea o no conocida, incluidos actos de omisión o comisión, que sean consecuencia de, o surjan a partir de, o estén de cualquier manera relacionados con la administración de esta vacuna.**

Firma de la persona que recibe la vacuna: _____

Fecha: _____