

Información de la persona receptora-Toda la información se mantendrá confidencial

Nombre Legal: Apellido	Nombre			Inicial
Fecha de Nacimiento	Nombre del padre y fecha de nacimiento		Dirección de Correo Electronico	
Dirección Física:	Ciudad	Estado	Codigo	Condado
Dirección de Envíos:	Ciudad	Estado	Codigo	Condado
<p>Si tiene Medicaid o seguro privado, por favor indique abajo.</p> <p>Nombre de compañía de seguros _____</p> <p>Número de Póliza _____ Número de Grupo _____</p>				
Numero Telefonico:		Idioma Preferido:		
<p>Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p>				
<p>Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No quiero indicar</p>				
<p>Raza (Marque todas la que apliquen):</p> <p><input type="checkbox"/> Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatocp <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Me niego a reportar</p>				



Consentimiento informado - Vacuna COVID-19

Antes de recibir la vacuna, por favor lea la hoja de datos para recipientes y cuidadores y hable con su proveedor de atención médica sobre cualquier pregunta o preocupación que pueda tener. Usted tiene la opción de aceptar o rechazar la vacuna.

Por Favor Complete lo Siguiente:

Circle Uno

¿Tiene 18 años o más?	S	N
¿Está enfermo o tiene fiebre más alta de 100.4?	S	N
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	S	N
¿Está inmunocomprometido o toma algún medicamento que afecte su sistema inmunológico?	S	N
¿Ha tenido una reacción alérgica severa a algún componente de la vacuna?	S	N
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (mareos, vómitos recurrentes, etc.) a algún medicamento, vacuna y/o látex que haya requerido epinefrina u otra intervención de emergencia?	S	N
¿Está amamantando, embarazada o planeando quedar embarazada?	S	N
¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?	S	N
¿Ha tenido un caso positivo confirmado de COVID-19 en los últimos 90 días?	S	N
¿Ha recibido otra vacuna para el COVID-19?	S	N
¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o condiciones? Enfermedades pulmonares crónicas (incluyendo asma), enfermedades cardíacas, diabetes, enfermedades cerebral, de la médula espinal o muscular que cause problemas de deglución o pulmonares, problemas con el sistema inmunológico causados por medicamentos y/o VIH, enfermedad renal, y/o trastornos de la sangre.	S	N

Autorización para administrar la vacuna: Authorization to administer vaccine:

Yo he contestado todas las preguntas anteriores verídicamente. Yo he recibido y he entendido la hoja informativa sobre la vacuna, la cual incluye los los posibles riesgos y beneficios al recibir la vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Por la presente libero a este proveedor, sus empleados y sus voluntarios de cualquier responsabilidad relacionada a cualquier resultado de la administración de esta vacuna.

Nombre del Recipiente (Escrito)

Fecha de Nacimiento

Nombre del Padre/Guardián/Cuidador (Si es diferente al del Recipiente)

Relación con el Recipiente

Firma

Fecha

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

For Mountain Family Health Provider use only:

Initial Dose:	Date:	Booster Dose:	Date:
Manufacturer/NDC		MRN:	
Lot#: Site: RUA LUA	Exp: Route: <u>IM</u>	Lot#: Site: RUA LUA	Exp: Route: <u>IM</u>
Vaccine given by:		Vaccine given by:	