



# Formulario de Consentimiento Para Adultos de la Vacuna COVID-19

## Información del paciente (en letra de imprenta):

<b>Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>
<b>Fecha de Nacimiento (mes/día/año)</b>	<b>Edad</b>	<b>Número de Teléfono</b>
<b>Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal</b>		<b>Correo Electrónico</b>
<b>Apellido de Soltera de la Madre (Apellido, Nombre)</b>		

<b>Género: (Marque uno)</b>	<b>Raza: (Marque uno)</b>	<b>Etnia: (Marque uno)</b>
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Declinar responder	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano
	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Declinar responder	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano

**Verificación del estado de elegibilidad del paciente:** estas preguntas son para evaluar el estado de su seguro de salud y el alcance de su cobertura para ayudar a determinar si cumple con los criterios de elegibilidad para las vacunas COVID-19 a través de nuestros diversos programas.

El paciente mencionado anteriormente califica para las vacunas COVID-19 a través del **Programa Bridge Access (BAP/317)** porque tiene 19 años de edad o más y: **(Elija solo uno de los siguientes).**

- No tiene seguro (no tiene seguro médico privado); o
- Tiene un seguro insuficiente, lo que significa que la cobertura del seguro no cubre las vacunas COVID-19.

El paciente mencionado anteriormente califica para la inmunización COVID-19 a través del **Programa de Inmunizaciones de Salud Pública del Condado de San Bernardino** porque:

- Tiene seguro médico que paga las vacunas.

## Cuestionario antes de recibir de la vacuna

	SÍ	NO	NO SÉ
1. ¿Se siente mal hoy? (es decir, fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolores de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ha tenido una reacción alérgica a un componente de la vacuna COVID-19, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia</li> <li>• Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas cubiertas con una capa fina y esteroides intravenosos</li> <li>• Una dosis previa de la vacuna COVID-19</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Marque todo lo que le corresponda: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Masculino entre 12 y 39 años de edad</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis</li> <li><input type="checkbox"/> Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección de COVID-19</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene un trastorno hemorrágico</li> <li><input type="checkbox"/> Toma un anticoagulante</li> <li><input type="checkbox"/> Vacunado con viruela símica (MPOX) en las últimas 4 semanas</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (como infección de VIH, cáncer) o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras</li> <li><input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos</li> <li><input type="checkbox"/> Ha recibido un trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o terapias de células CAR-T antes o durante la vacuna de COVID-19</li> </ul>			

**Nota: Continúe en la página 2.**

**\*FOR OFFICE USE ONLY\***

Patient Eligibility: \_\_\_\_\_

Initials: \_\_\_\_\_

**Consentimiento**

Me han dado una copia y he leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) y revisado la hoja informativa de la FDA para los beneficiarios y cuidadores del producto de la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) sea(n) dada(s) a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer la solicitud. Entiendo que todas las vacunas tienen riesgos y efectos secundarios; y que puede haber riesgos que aún no se conocen. Atestiguo que, a mi mejor conocimiento y creencia, toda la información reportada en este documento es exacta y completa. Según lo exige la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, sección 120440), todas las vacunas se reportarán al Registro de Inmunización de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 será compartida con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública del Estado, será tratada como información médica confidencial, y será utilizada solo para compartir entre sí o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta más y puedo solicitar que el registro CAIR2 se bloquee visitando <https://bit.ly/467kX1w>. Al firmar este formulario, le doy permiso al condado de San Bernardino y al socio de vacunación participante para que se comuniquen conmigo con relación a los recordatorios de la vacuna COVID-19 y el acceso a los registros electrónicos de vacunación.

**Al marcar la casilla, doy mi consentimiento para ser vacunado con la vacuna COVID-19 indicada en la Sección 3 y entiendo que estoy recibiendo la vacuna de manera voluntaria.** Libero al Condado de San Bernardino, sus empleados y representantes de cualquier responsabilidad o responsabilidad adicional con respecto a recibir la vacuna.

<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
--------------	--------------

Certifico que soy el representante legal y / o tutor legal del paciente y que estoy autorizado por el paciente u otras autoridades legales para firmar y aceptar los términos indicados en este consentimiento en nombre del paciente.

<i>Firma del Tutor Legal (poder medico)</i>	<i>Fecha</i>
---	--------------

*Nombre impreso del tutor legal*

**FOR OFFICE USE ONLY – SARS CoV-2 VACCINATION RECORD**

<b>Vaccine Formulation:</b> <input type="checkbox"/> Spikevax 12+ years	<b>Date Administered:</b> ____/____/____
<b>Manufacturer:</b> <input type="checkbox"/> Moderna	<b>Dose:</b> ____ mL <b>Route:</b> Intramuscular (IM)
<b>Lot #:</b>	<b>Site:</b> <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Anterolateral Thigh <input type="checkbox"/> Right Anterolateral Thigh
<b>Expiration Date:</b>	<b>Vaccine Administered By</b>
<b>EUA Fact Sheet or VIS Given:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Name (please print):</b>
<b>VIS Date:</b>	<b>Signature:</b>
<b>Vaccine Source:</b> <input type="checkbox"/> BAP/317 <input type="checkbox"/> PRIVATE <input type="checkbox"/> VFC	<b>Title:</b> <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> LVN <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> _____

Portal de Registro Digital de Vacunas



Aviso del Registro de Vacunación a Pacientes y Padres



Spikevax 12+ años VIS para beneficiarios y cuidadores

