

**Departamento de Salud del Condado de Effingham**  
**Consentimiento para la vacuna contra el COVID-19**

Vacuna:  
Dosis:

|  |                    |                     |  |
|--|--------------------|---------------------|--|
| Apellidos  | Nombre             | Fecha de Nacimiento | Edad   |
| Dirección  | Número de Teléfono |                     |  |
| Ciudad   Estado  | Zip Code           | Gender              | Raza _____ Etnicidad: Hispano/Latino ( ) No Hispano/Latino ( ) |
|  |                    |                     | Si NO  |
| 1. Está Usted enfermo (a) hoy? (Ejemplo: tiene, gripe, fiebre, enfermedad grave), espere a sanar antes de vacunarse.   |                    |                     |  |
| 2. Es alérgico (a) a algún medicamento, huevos, gelatina, neomicina, levadura, látex o alguna vacuna?  |                    |                     |  |
| 3. Ha sufrido antes una reacción grave contra alguna vacuna o medicamento inyectable? <b>si su respuesta es Sí, Usted debe permanecer en observación en nuestras instalaciones for 30 minutos.</b> |                    |                     |  |
| 4. En los últimos 30 días, ha sido vacunado(a) o ha recibido examen de TB en la piel?  |                    |                     |  |
| 5. Estoy embarazada, lactando, o planeo un embarazo, el los próximos 2 meses, y he sido aconsejada por mi Obstetra o Pediatra antes de recibir la vacuna contra el COVID-19?                       |                    |                     |  |
| 6. Tuve COVID el los últimos 90 días   |                    |                     |  |
| 7. Recibí terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonados, suero sanguíneo) como parte de tratamiento contra el COVID, <b>si su respuesta es si, aplace la vacuna 90 días</b>              |                    |                     |  |
| 8. Ha sido vacunado contra el COVID-19? Si su repuesta es SI, indique cual: J&J ( ) Moderna ( ) Pfizer ( )   |                    |                     |  |
| 9. Padece de trastornos hemorrágicos o toma anticoagulantes?   |                    |                     |  |
| 10. Es Usted inmunocomprometido o toma medicinas que afectan el sistema inmune?  |                    |                     |  |

**CONSENTIMIENTO PARA VACUNACION**

El propósito de la vacuna contra el COVID-19 es de reducir las posibilidades de contraer el virus. La FDA continua evaluando la seguridad y efectividad de las vacunas. En Agosto 23 de 2021, aprobó la Vacuna de Pfizer, y para Enero 31 de 2022 aprobó la vacuna de Moderna.

**La vacuna mRNA contra el COVID-19 es una serie de 2 dosis, y con dosis adicionales recomendadas de acuerdo al IDPH y al CDC. Las dosis son separadas de acuerdo a los lineamientos del fabricante y al CDC. Asegúrese de poder completar las dosis antes de estar de acuerdo a ser vacunado (a).**

Todas las vacunas traen riesgos. Posibles efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19, que pueden ser inconsecuentes, pueden incluir:

1. Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio de la inyección.
2. Fiebre, malestar, dolor de cabeza, cansancio, escalofrío, dolor articular o muscular. Hay un bajo riesgo de reacción alérgica severa.
3. Podrían haber riesgos aún desconocidos. La FDA sigue evaluando las vacunas, y los efectos secundarios mencionados son basados en datos actualizados. Otros efectos secundarios serán puestos en conocimiento mientras más se use la vacuna.

Doy mi consentimiento para la aplicación de dos dosis de la vacuna contra el COVID-19. He leído las declaraciones anteriores y la información de su fabricante. Se me ha informado y entiendo los posibles riesgos y efectos secundarios, beneficios y tratamientos alternos. Comprendo que podrían haber riesgos, que aún no son conocidos y otros que son remotos. Entiendo las condiciones en las cuales la vacuna no debe ser aplicada e ignoro la presencia en mi de cualquiera de las condiciones descritas arriba. Se me ha informado de la necesidad de las 2 dosis y estoy de acuerdo en adquirirlas. **Recibiré la vacuna de manera libre y voluntaria, y sé que tengo el derecho de aceptarla o no y de reusarme en cualquier momento y por cualquier razón. Reconozco que al negarme a recibir la segunda dosis, estoy negando su beneficio.**

→ Se me ha informado sobre la existencia y el uso de la aplicación V-Safe del CDC y el servicio de mensajes de texto VaxText, como opción de recordatorio de la segunda dosis.

→ Doy mi consentimiento para que la información dada en este formulario y en la inscripción hagan parte del registro de vacunación I-Care.

→ Autorizo al Departamento de Salud de Effingham para enviar cobro al Medicaid, Medicare o al Seguro privado por la aplicación de esta vacuna. Entiendo que no se me exige el pago a mi.

→ Autorizo al Departamento de Salud de Effingham a compartir información sobre mi vacunación con mi medico de cabecera.

→ He leído la declaración de prácticas de privacidad

[ \_\_\_\_\_ ] **Al poner mis iniciales aqui, opto no esperar 15 minutos después de ser vacunado (a) y he sido informado (a) sobre los riesgos de la vacuna**

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ F

**OR ADMINISTRATIVE USE ONLY**

| Vaccine  | Date Administered | Route | Site                   | Manufacturer | Lot #/ Exp. Date | Name/Title of Vaccinator |
|----------|-------------------|-------|------------------------|--------------|------------------|--------------------------|
| COVID-19 | / /               | IM    | R Deltoid<br>L Deltoid |              |                  |                          |