

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, o alguna vacuna? En caso positivo, quedese para ser observado						
3. Estoy embarazada, lactando o planea embarazarse en los proximos 2 meses y se me ha aconsejado mi obstetra o pediatra antes de recibir la vacuna contra el Covid-19?						
4. Tiene problemas de hemorragias o esta tomando medicina anticoagulante?						
5. Tiene el Sistema immune comprometido o toma medicinas que afecten su Sistema immune?						

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.

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, escalofrio, dolor articular o muscular. Hay un bajo riesgo de rección 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. **Recibiré la vacuna de manera libre y voluntaria, y sé que tengo el derecho de aceptarla o no y de reusarme la aplicacion de la vacuna contra el Covid-19, en cualquier momento y por cualquier razón.**

→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

FIRMA _____ FECHA _____ F

OR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Administered	Route	Site	Manufacturer	Exp. Date	Lot Number
COVID-19	/ /	IM	R Deltoid L Deltoid			

Nurse's Signature: _____ Date: _____

EZ Encounter: _____ EZ Charted: _____ IC Checked: _____ Scanned: _____

Revised 7/25/25