



FORMULARIO DE DETECCIÓN Y CONSENTIMIENTO DE VACUNA COVID-19

NOMBRE: (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:
Dirección:			Número de teléfono:	

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES

- SÍ NO
- ¿Esta enfermo hoy?
 - ¿Tiene hoy fiebre u otros síntomas asociados con COVID-19 como tos, escalofríos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea?
 - ¿Ha tenido contacto cercano con alguien que dio positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?
 - ¿Le han diagnosticado recientemente COVID-19?
En caso afirmativo, responda lo siguiente:
 SÍ NO a. ¿Han pasado al menos 10 días?
 SÍ NO b. ¿Ha estado sin fiebre durante al menos 24 horas sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre?
 SÍ NO c. ¿Ha tenido una mejoría en los síntomas durante al menos 24 horas?
 - ¿Ha recibido otras vacunas en los últimos 14 días?
 - ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave o inmediata a una vacuna de ARNm COVID-19 (Pfizer-BioNTech o Moderna) o cualquier componente de una vacuna de ARNm-COVID-19, incluido el **polietilenglicol (PEG)**?
 - ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave o inmediata al **polisorbato** o cualquier componente de la vacuna COVID-19 de Janssen?
 - ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a alguna vacuna o terapia inyectable (intramuscular, intravenosa o subcutánea) o a alguna otra sustancia?
 - ¿Tiene alguna enfermedad o está tomando algún medicamento que inhiba su sistema inmunológico, como cáncer, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o cualquier otro problema del sistema inmunológico?
 - ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado o en los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que lo debilitan, como cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o radioterapia?
 - ¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna COVID-19?
Si es así, qué vacuna: (complete la línea correspondiente a continuación)
 Pfizer En caso afirmativo a la vacuna Pfizer, ¿han pasado 17 días desde la primera dosis? SÍ NO
 Moderna En caso afirmativo a la vacuna Moderna ¿han pasado 24 días desde la primera dosis? SÍ NO
 Janssen En caso afirmativo a la vacuna de Janssen, no está indicada una segunda dosis.
 - ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia para el tratamiento de COVID-19 en los últimos 90 días?
 - ¿Está embarazada o amamantando actualmente?
 - ¿Toma medicamentos anticoagulantes como warfarina, Coumadin u otros anticoagulantes?
 - ¿Tiene menos de 18 años?

Nombre y firma del revisor:

Fecha y hora:



CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

- A mí, el abajo firmante, se me ha proporcionado una copia de la Hoja de Datos de la vacuna que analiza los riesgos y beneficios de la vacuna COVID-19. Entiendo los beneficios y los riesgos, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respuestas a mi satisfacción y doy mi consentimiento para la administración de la vacuna.
 - Entiendo que la vacuna COVID-19 requiere dos (2) dosis para conferir inmunidad y si no completo la serie en su totalidad, no recibiré el beneficio completo de la vacuna. Entiendo que una segunda dosis está sujeta al suministro de vacunas del fabricante. Al igual que con cualquier vacuna, no hay certeza de que me vuelva inmune o de que no experimente ningún efecto secundario adverso de la vacuna. Asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier evento que pueda resultar debido a la vacunación.
 - Entiendo que debo permanecer en el área de administración de la vacuna durante 15 minutos después de la vacunación para ser monitoreado por posibles reacciones adversas. Entiendo que debo informar cualquier efecto adverso tanto a mi proveedor de atención médica como al administrador de la vacuna.
 - Entiendo que si experimento alguna reacción adversa grave, debo llamar al 911 o ir al hospital más cercano. Si experimento algún efecto adverso o tengo problemas médicos, debo comunicarme con mi proveedor de atención médica.
 - Divulgación de la información: Entiendo que el hospital obtendrá mi consentimiento y autorización para divulgar información médica, que no sea la información básica, relacionada con el paciente, excepto en aquellas circunstancias en las que la ley permite o exige que el hospital divulgue información.
 - Contacto telefónico y electrónico: Al proporcionar un número de teléfono, doy mi consentimiento para llamadas, mensajes de texto, mensajes SMS, voz artificial y mensajes pregrabados u otras comunicaciones de cualquier tipo que el hospital y sus contratistas / agentes me envíen a este número al número provisto o en un dispositivo conectado o asociado con ese número, incluidas todas las formas de comunicación. Reconozco que puedo rechazar y / o revocar mi consentimiento en cualquier momento comunicándome con el hospital. Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, autorizo al hospital y a sus contratistas / agentes a enviarme comunicaciones a la dirección de correo electrónico proporcionada. No proporcionaré una dirección de correo electrónico compartida por un empleador. Reconozco que proporcionar un número de teléfono y / o correo electrónico no es una condición para recibir servicios de atención médica.
 - Acuerdo financiero: Los pacientes no tienen ninguna responsabilidad financiera y la vacuna se proporciona independientemente de su capacidad de pago. Los costos de administración de la vacuna COVID-19 son de \$40 por vacuna, según lo establecido por los Centros de Servicios de Medicaid y Medicaid. El hospital buscará el reembolso de su seguro médico correspondiente. Si no tiene seguro médico, el hospital puede solicitar un reembolso a Medi-Cal o a la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
 - Asignación de beneficios de seguro o plan de salud: Cedo y transfiero irrevocablemente al hospital todos los derechos, beneficios e intereses en relación con cualquier seguro o plan de beneficios de salud que cubra mi atención.
- DECLARO que he respondido a todas las preguntas del cuestionario según mi leal saber y entender.**
- DECLARO que soy elegible para recibir la vacuna según los requisitos aplicables del estado y del condado.**
- Doy mi consentimiento a este hospital y su personal para vacunarme con la vacuna COVID-19.**

FIRMA:

FECHA:

HORA: