

Formulario de consentimiento de vacunación contra la COVID-19 para 2020 y 2021

Apellido (<i>en letra de imprenta</i>)		Nombre		Fecha de nacimiento		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección				Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono		Correo electrónico		Nombre del proveedor de atención primaria			
REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNACIÓN							
1. ¿Está embarazada?						Sí	No
2. ¿Actualmente está amamantando?						Sí	No
3. ¿Tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a otras vacunas o medicamentos o infusiones inyectables, o antecedentes de anafilaxis por alguna causa?						Sí	No
4. ¿Tuvo alguna reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a algún componente de la vacuna contra la COVID-19, incluidas las nanopartículas lipídicas y el polietilenglicol (PEG)?						Sí	No
5. ¿Recibió infusiones de plasma de personas convalecientes o de anticuerpos monoclonales o policlonales para la COVID-19 en los últimos 90 días?						Sí	No
6. ¿Es menor de 12 años?						Sí	No
7. ¿Actualmente está enfermo? Por ejemplo, ¿está experimentando en este momento fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, etc.?						Sí	No
8. ¿Tiene usted un problema de sangrado o está tomando medicamentos para adelgazar o diluir la sangre?						Sí	No
9. ¿Dio positivo para COVID-19 en los últimos 10 días?						Sí	No
10. ¿Está actualmente en cuarentena por exposición a la COVID-19?						Sí	No
11. ¿Ha sido diagnosticado con Síndrome Inflamatorio Multisistémico en adultos o niños en los últimos 90 días? (Si su respuesta a esta pregunta es afirmativa, se le recomienda que consulte con su médico antes de recibir la vacuna contra el COVID-19)						Sí	No
12. ¿Le han diagnosticado alguna vez miocarditis (inflamación del músculo del corazón) o pericarditis (inflamación de la membrana que rodea el corazón)?						Sí	No
13. Si esta es su segunda dosis, ¿cuál fue la fecha de la primera dosis?						/	/
14. Si esta es su segunda dosis, ¿qué vacuna recibió (Pfizer, Moderna, etc.)?							
CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN							
<p>Revisaré o he revisado mis respuestas a las preguntas anteriores con la persona que me vacunará. Si experimento alguna reacción adversa después de haberme ido, se lo notificaré a mi proveedor de atención primaria. Revisé la Hoja de datos sobre la autorización de uso de emergencia que recibí hoy. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. . Entiendo que puedo revisar un Aviso de las Prácticas de Privacidad a la hora de vacunarse..</p> <p>Al firmar este formulario, doy permiso para que se administre una vacuna a la persona mencionada anteriormente y que un registro de la la vacunación se ingresa en el Registro de Vacunación de I-Care, Illinois para la coordinación de la atención y monitorear la cobertura de vacunación por parte del estado. Verifico que toda la información antes mencionada es correcta.</p>							