

**TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH  
FORMA DE CONSENTIMIENTO COVID19**

**INFORMACIÓN DEL(LA) PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE)**

Apellido:		Nombre:			Segundo nombre:			
Dirección:				Ciudad:		Estado:	Código Postal:	Condado:
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (Mes/Día/Año)		Sexo: M / F	Raza:	Edad:	Teléfono:		Email:	
¿Tiene seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Suscriptor/ ID Miembro			Suscriptor Fecha de Nacimiento		Compañía de Seguros:	
En caso de no tener seguro, proporcione lo siguiente: Licencia de Manejo #							Estado:	
Nombre del Contacto de Emergencia					Teléfono del Contacto de Emergencia			

**INFORMACIÓN DE LA VACUNACIÓN COVID-19**

La vacuna COVID-19 Pfizer Moderna ha sido autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos bajo una Autorización de Uso de Emergencia, o AUE, basándose en la recomendación de la Secretaría de Salud y Servicios Humanitarios en respuesta a la pandemia de COVID-19 en curso. La vacuna COVID-19 no ha sido aprobada por completo, pero está disponible bajo una AUE debido a la evidencia científica que respalda su seguridad y eficacia de la vacuna COVID-19 y la relación riesgo-beneficio altamente favorable de la vacuna.

El Departamento de Salud del Condado de Tarrant está autorizado a administrar la vacuna COVID-19 Pfizer Moderna basándose en las directrices desarrolladas por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Para optimizar la respuesta de la vacuna, usted recibirá 2 dosis separadas por 21 28 días.

Los efectos secundarios reportados en el ensayo clínico de esta vacuna incluyen, pero no se limitan a, dolor en el lugar de la inyección, enrojecimiento o hinchazón, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, fiebre, dolor en las articulaciones, náuseas o inflamación de los ganglios linfáticos. Dichos síntomas normalmente desaparecen dentro de 24 horas y son típicamente leves, pero si son severos deberán reportarse a \_\_\_\_\_.

Si desarrolla reacciones alérgicas severas (problema para respirar, dolor en el pecho, latidos cardiacos acelerados, mareo, debilidad, inflamación facial, en la lengua o garganta, salpullido) después de su periodo de observación, por favor llame al 911 o acuda al área de Urgencias del Hospital

**LISTA DE REVISIÓN DEL EXAMEN PARA LA INMUNIZACIÓN DE HOY**

1	¿Está enfermo(a) hoy?	Si	No
2	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días, o ha recibido alguna otra vacuna COVID-19?	SI	No
3	¿Ha sido diagnosticado(a) con COVID-19 en los últimos 90 días?	Si	No
4	¿Ha tenido alguna reacción a alguno de los componentes de la vacuna COVID-19 (ARNm, distintos ingredientes lipídicos)	Si	No

**Si contestó "Si" en las preguntas 1-4, le recomendamos posponer su vacunación para COVID-19 de la siguiente manera:**

- Si está enfermo(a), espere a que pasen los síntomas. Si es COVID+, espere que pasen 90 días desde que se hizo la prueba de COVID-19.
- Espere 2 semanas después de cualquier vacuna para recibir la vacuna COVID-19.
- No tome la vacuna COVID-19 Pfizer Moderna si su primera vacuna fue producida por otro fabricante.
- Si tiene historial de anafilaxia a cualquier ingrediente de la vacuna Pfizer Moderna usted NO PUEDE recibir esta vacuna basándose en las directrices actuales.

5	¿Ha tenido alguna reacción alérgica severa (anafilaxia) a alguna vacuna (incluyendo problemas para respirar, urticaria, inflamación facial o de la lengua, baja presión arterial, frecuencia cardiaca rápida) u otra reacción severa a alguna vacuna?	Si	No
6	¿Tiene historial de reacciones alérgicas severas a cualquier cosa además de una vacuna, incluyendo medicamentos, picaduras de insectos o mordeduras?	SI	No
7	¿Toma anticoagulantes o tiene algún problema en la sangre?	Si	No

**Si contestó "Si" en las preguntas 5, 6, o 7, por favor notifique al personal para que podamos tomar las medidas necesarias para observarle más cuidadosamente después de su vacunación, y si tiene tendencia a sangrar o toma anticoagulantes, le vigilemos atentamente para detectar posibles hemorragias en el lugar de la inyección.**

8	¿Tiene un sistema inmunológico débil?	Si	No
9	¿Está embarazada o planea embarazarse en las próximas 4 semanas, o está amamantando?	SI	No
<b>Si contestó "Si" en las preguntas 8 o 9, puede elegir ser vacunado(a) pero información acerca de la seguridad y eficacia en estos grupos aún está siendo recolectada.</b>			
10	¿Ha tenido COVID-19 en los últimos 90 días?	Si	No

**CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN Y FACTURACIÓN DEL SEGURO**

Se me ha proporcionado y he leído la ficha técnica de la AUE acerca de la vacuna COVID-19, la forma de consentimiento de vacunación COVID-19, y cualquier información adicional proporcionada. He tenido la oportunidad de que mis respuestas sean contestadas por un(a) profesional médico, y entiendo que se requiere la aplicación de dos vacunas. Entiendo los riesgos conocidos y beneficios de la vacunación y entiendo que es posible que no se hayan establecido todos los riesgos. Sé que estoy dando consentimiento para esta serie de vacunas bajo una AUE en respuesta a la pandemia COVID-19. Solicito proceder con mi vacunación. Entiendo que el Condado de Tarrant usará la información recopilada para presentar una solicitud de pago sólo por la administración de la vacuna. Acepto permanecer en el lugar durante 15 minutos después de mi vacunación y que mi condición puede justificar una observación posterior a la vacunación durante al menos 30 minutos.

Fecha:	Hora:	Parentesco con el(la) paciente:
Nombre impreso	Firma	
Administrada por	Fecha	

Vacuna	Información Vacuna	Lugar	Fabricante	Lote #	Fecha de Caducidad
Vacuna COVID-19	Serie <input type="checkbox"/> 1ra <input type="checkbox"/> 2da	Brazo: <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/>		
Fecha de Administración		Firma/Título o Credenciales del(a) Administrador(a) de Vacuna		Ubicación	