

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PROVEEDORES DE INMUNIZACION COVID-19

Sólo para Proveedores COVID-19 Nombre de la Clínica/Código: _____
 Tipo de ubicación:(clínica, departamento de salud, farmacia etc.,) _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha del Servicio: _____

Persona que Recibe la Vacuna:

Nombre (Legal): _____ Inicial/segundo: ____ Apellido: _____

Fecha de Nac.: /

1. HISTORIA MÉDICA: Complete las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna. Si responde “SÍ”, es posible que no pueda recibir la vacuna COVID-19.

*Si responde SI y se necesita más orientación consulte el sitio de Pfizer “ www.PfizerMedInfo.com o llame al 1-800-438-1985 para recibir información sobre variaciones de temperatura de la vacuna, eficacia, seguridad, estabilidad dosis, ingredientes de la vacuna, mecanismo de acción y administración. Para obtener una descripción general sobre la vacuna Moderna COVID-19 para Proveedores de Vacunación,, consulte www.modernatx.com or call 1-866-MODERNA.	*SI	NO
¿Ha sido vacunado usted contra el COVID-19? Si responde si, ¿fecha?		
¿Se le ha administrado alguna vacuna en los últimos 14 días? Las vacunas para COVID-19 Pfizer-BioNTech o Moderna deben ser administradas al menos 14 días antes o después de cualquier otra vacuna.		
¿Ha tenido fiebre hoy? ¿Está enfermo? ¿Tiene usted COVID-19 o está en aislamiento actualmente? ¿Está usted en cuarentena actualmente por una exposición conocida al COVID-19?		
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica severa? (reacción anafiláctica) a alguna vacuna, componente de vacuna o terapia con inyección? (incluyendo la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna COVID-19) como dificultad para respirar, hinchazón en la cara y garganta, ritmo acelerado del corazón, erupción grave en toda la piel, mareos y debilidad.		
¿Está usted embarazada o planea embarazarse? Las mujeres de este grupo pueden recibir la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna COVID-19. Una conversación con su proveedor de servicio de salud puede ayudarle a tomar una decisión informada.		
¿Está usted inmunodeprimido(a) o tiene VIH, cáncer, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, enfermedad de células falciformes, obesidad severa, fuma o tiene diabetes? ¿Está usted recibiendo alguna terapia inmunosupresora? Estas personas bien pueden recibir la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna COVID-19 a menos que esté contraindicado por otra razón.		
¿Ha recibido usted anticuerpos monoclonales o plasma de convalescencia como parte del tratamiento de COVID-19? Las vacunas Pfizer-BioNTech or Moderna COVID-19 deben posponerse por lo menos durante 90 días para evitar interferencias entre estos tratamientos y las respuestas inmunitarias inducidas por la vacuna.		
<ul style="list-style-type: none"> • NOTA: Dependiendo del tipo de vacuna, es necesario que deba administrarse la segunda dosis de la vacuna COVID, 21 o 28 días después de la primera vacuna. Consulte su tarjeta de registro de vacunación de COVID-19 para conocer la fecha de administración de la segunda dosis.. Para más información comuníquese con su PCP o su Unidad de Salud Local de ADH en los días 21 ó 28. Guarde su tarjeta de registro de vacunación COVID-19 para sus registros como prueba de la fecha de la primera vacuna. 		

2. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Por favor, lea el reverso de este formulario.
 La Notificación Privada del Proveedor está disponible en
 Esta clínica o acompaña este formulario.
 Luego, firme en el cuadro a la derecha

Firme aquí →

Mi firma abajo indica que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la sección **2. Autorización y consentimiento** del Formulario de Consentimiento de la Inmunización COVID-19 y la Hoja informativa de Autorización de Uso de Emergencia por el Receptor de la Vacuna (EUA).

Firma del Paciente/Padre/Tutor: _____

Fecha _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO:

Códigos de sitio: Deltoides Derecho = DD, Deltoide Izquierdo = DI, Pierna Derecha = PD, Pierna Izquierda= PI, Brazo Derecho = BD, Brazo Izquierdo = BI

Firma y Título del administrador de la Vacuna: _____

Fecha de la Administración de la Vacuna: _____ / _____ / _____