



Consentimiento para vacuna de COVID-19 (Todos los campos requeridos)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ SN inicial: _____ Género: M F
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Apellido de Soltera de la Madre: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Hispano/Latino? Si No **Raza:** Blanco Asiático Negro Isla del Pacífico Nativo Indio Otro

1. ¿Se siente enfermo hoy? Si No

2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si No

- Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?
 Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Otra _____

• ¿Ha recibido una serie completa de vacunas de Covid-19?
 (es decir, 1 dosis de Janssen [J & J] o 2 dosis de ARNm [Pfizer-Biontech, Moderna])? Si No

3. ¿Tiene una condición de salud o está bajo tratamiento que lo hace moderado o severamente inmunocomprometido?..... Si No

4. ¿Ha recibido terapias de trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o de células CAR-T desde que recibió las
 vacuna contra el COVID-19? Si No

5. * ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a lo siguiente?:

- Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes:
 - Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como los laxantes
 y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia Si No
 - Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos
 recubiertos y esteroides intravenosos Si No
- Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 Si No

6. * ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19)
 o a un medicamento inyectable? Si No

7. Marque todo lo que aplique a usted:

- Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.
- Soy un hombre entre las edades de 12 y 29 años
- Tiene historial de miocarditis o pericarditis
- Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos,
 mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.
- Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente
- Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19
- Tengo el sistema inmunitario debilitado (ejemplo, infección por el VIH, cáncer) o uso medicamentos o terapias inmunodepresores
- Tengo un trastorno hemorrágico
- Tomo un anticoagulante (medicamentos que adelgazan la sangre)
- Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparin (HIT)
- Estoy embarazada o amamantando actualmente
- He recibido relleno dérmico
- Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré Syndrome (GBS)
- Ninguna de las anteriores

* Para las preguntas 5 y 6: (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®,
 o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para
 respirar, incluso sibilancias).

Consentimiento para tratamiento y aviso de privacidad

Yo certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa. Tuve la oportunidad de revisar la información sobre la vacuna Covid-19 (hoja de datos de la EUA) y dar mi consentimiento para recibir la vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna. Entiendo y acepto que la información relacionada con la administración de mi vacuna se puede registrar en el Sistema de Información de Vacunas del Estado de Utah (USIIS). Por la presente libero al Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah (SWUPHD) y a sus empleados de todas las reclamaciones que surjan de dichas inmunizaciones. Estamos obligados a informarles sobre nuestras prácticas de privacidad para la información que recopilamos y guardamos sobre usted. Se me ha entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se puede utilizar mi información.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el cliente: Sí mismo Padre Madre Tutor legal Otro _____

Uso del departamento de salud local (Local Health Department Use)

Date	Mfr	Lot #	Exp.	Dose in mL	Rte	Site	Vaccinator
				0.2 0.25 0.3 0.5	IM	LD RD LVL RVL	