



# 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 \_\_\_\_\_

• ¿Cuántas dosis de vacuna contra el COVID-19 ha recibido?.....Si  No

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

- Esto incluiría, entre otros: tratamiento para el cáncer, el VIH, recibir un trasplante de órganos, tratamientos inmunosupresores, corticosteroides en dosis altas, terapia con células CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas [HCT], inmunodeficiencia primaria moderada o severa

4. ¿Ha recibido la vacuna COVID-19 antes o durante las terapias de trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o células CAR-T?

..... Si  No

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

• Un componente de la vacuna COVID-19.....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:

- Tiene historial de miocarditis o pericarditis
- Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)
- Antecedentes de un síndrome inmunomediado definido por trombosis y trombocitopenia, como la trombocitopenia inducida por heparina
- Tiene antecedentes de trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS)
- Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré Syndrome (GBS)
- Tiene antecedentes de enfermedad por COVID-19 en los últimos 3 meses
- 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: \_\_\_\_\_ Nombre impreso: \_\_\_\_\_ 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	