

## Formulario de consentimiento y administración de la vacuna contra el COVID-19

Patient Label Here
Place label here for inpatients/those who have label generated; if outpatient/no label, please have patient provide information below

Nombre:		Fecha de nacimiento:
Dirección:		
Sexo:	Raza/Etnia:	Número de teléfono:
Si tiene seguro médico, especifique el nombre del proveedor:	Nombre del plan: _____ N.º de grupo: _____	Id. de miembro: _____

Mi proveedor de atención médica me ha aclarado todas mis dudas con respecto a la vacuna contra el COVID-19 y los problemas de salud que yo podría padecer. Mi proveedor de atención médica me ha recomendado proceder con la vacunación contra el COVID-19, O BIEN, si mi proveedor de atención médica me ha recomendado no proceder con la vacunación contra el COVID-19, he tenido en cuenta su recomendación y he decidido proceder con la vacunación contra el COVID-19 de todos modos.

<b>Para recibir la vacuna contra el COVID-19, debe colocar sus iniciales en TODAS las declaraciones.</b>		Iniciales
Nunca tuve una reacción alérgica o anafiláctica a una vacuna contra el COVID-19.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>No tengo ninguna infección activa por COVID-19.</li> <li>No he recibido anticuerpos monoclonales para tratar el COVID-19 en los últimos 90 días.</li> </ul>		

Entiendo que la autorización de uso de emergencia (EUA) es una forma de hacer que un producto médico no aprobado esté disponible durante una emergencia de salud pública.

Vacuna que se le aplicará hoy (El personal de Beebe debe marcar esta casilla)	Tiene aprobación total de la FDA	Aprobada mediante autorización de uso de emergencia (EUA) de la FDA	Riesgos
Serie primaria de Pfizer BioNTech para mayores de 16 años de edad (1.ª y 2.ª dosis)	<input type="checkbox"/>	SÍ	N/C
Pfizer BioNTech para personas de entre 12 y 15 años de edad y dosis adicional(es) para mayores de 12 años (ver a continuación la excepción del rango de edades para el refuerzo de Pfizer en caso de vacunación con una serie primaria diferente)	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ
Serie primaria de Pfizer BioNTech y dosis adicional(es) para personas de entre 5 y 11 años de edad	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ
Refuerzo(s) de Pfizer BioNTech para personas mayores de 18 años de edad que han completado la serie primaria con otra vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ

Consulte la hoja informativa para receptores y cuidadores sobre la vacuna de Pfizer para mayores de 12 años de edad que se incluye por separado.

O bien consulte la hoja informativa para receptores y cuidadores sobre la vacuna de Pfizer para personas de entre 5 y 11 años de edad que se incluye por separado.



Riesgos aplicables a la vacuna:

- Reacciones en el lugar donde se aplica la inyección: posiblemente dolor, sensibilidad, enrojecimiento e hinchazón. Inflamación de ganglios linfáticos. Efectos secundarios generales: fatiga, dolor de cabeza, dolor articular o muscular, escalofríos, náuseas y vómitos, y fiebre.
- Como sucede con todos los medicamentos, hay una posibilidad muy remota de que la vacuna cause una reacción alérgica grave, otras lesiones graves e incluso la muerte.

**Comprendo que se ofrecen vacunas de diferentes laboratorios y elijo que se me aplique la que está disponible hoy. También sé que tengo la opción de no vacunarme contra el COVID-19.**

He leído el documento de V-Safe<sup>SM</sup> de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) que se me proporcionó por separado y acepto informar los efectos secundarios que experimente a mi proveedor o a los CDC a través de V-Safe<sup>SM</sup>. Ante una emergencia médica, comprendo que debo llamar al 911 para obtener atención médica de inmediato.

Al firmar a continuación, ratifico lo informado anteriormente en este documento y eximo a Atención Médica de Beebe y/o Beebe Medical Group y/o sus empleados de cualquier reclamo que pueda surgir en relación con la vacuna contra el COVID-19 que me aplicaron.

En el caso de los residentes del estado de Delaware, la vacuna contra el COVID-19 que se les aplique hoy se agregará al Registro de Vacunación Federal y al Registro de Vacunación del Estado de Delaware para que los médicos puedan acceder a dicha información.

---

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente                      Fecha    Hora                      Firma del proveedor de atención médica                      Fecha    Hora  
que proporcionó la información del consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del paciente (si el paciente no puede dar consentimiento)

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta) del representante legal del paciente                      Fecha    Hora                      Relación con el paciente  
(si el paciente no puede dar consentimiento)

\_\_\_\_\_  
Testigo de la firma (que no sea la persona que proporcionó la información del consentimiento)                      Fecha    Hora

\_\_\_\_\_  
2.º testigo (necesario si el consentimiento se obtuvo por teléfono o videoconferencia)                      Fecha    Hora

**Interpretación médica certificada:**

Doy fe de que traduje el texto del presente formulario, así como cualquier otra información adicional escrita, y que interpreté la información oral proporcionada al paciente o representante legal al idioma \_\_\_\_\_, y que para hacerlo utilicé el siguiente método:

- Interpretación en persona. Firma del intérprete: \_\_\_\_\_
- Interpretación telefónica (OPI). Nombre del intérprete en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
Número de identificación: \_\_\_\_\_
- Servicio de interpretación simultánea remota (IRIS). Nombre del intérprete en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
Número de identificación: \_\_\_\_\_

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTE RENGLÓN**

<b>Manufacturer:</b>	<b>DELTOID R L</b>	<b>Route: Intramuscular</b>
<b>NDC:</b>		
<b>Vaccine Lot:</b>	<b>Clinician Signature:</b>	
<b>Exp Date:</b>	<b>Fecha:</b>	