

HOJA DE AUTORIZACION PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

en los centros de vacunación del departamento de Salud Pública - Seattle y el Condado de King

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Primera o segunda dosis de la vacuna: Primera Segunda

Acuse de lectura: se me ha dado la oportunidad de revisar la Hoja Informativa para las personas que recibirán la vacuna contra el COVID-19 y sus cuidadores. Entiendo que puedo revisar esta Hoja Informativa en el sitio de vacunación o por internet (diríjase al QR que está al final).



Hoja informativa de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech:

www.fda.gov/media/144625/download

Hoja informativa de la vacuna contra el COVID-19 de Moderna:

www.fda.gov/media/144712/download

Hoja informativa de la vacuna contra el COVID-19 de Janssen/Johnson & Johnson:

www.fda.gov/media/146762/download

Para más información sobre las vacunas contra el COVID-19 visite: kingcounty.gov/suvacuna

Consentimiento del adulto autorizado: estoy autorizado para dar mi consentimiento para que el paciente mencionado anteriormente reciba esta vacuna. Solicito que se le administre la vacuna al paciente mencionado anteriormente. Entiendo que el paciente debe permanecer en el centro de vacunación entre 15 y 30 minutos después de haber recibido la vacuna para ser observado en caso de posibles reacciones inmediatas o reacciones secundarias relacionadas con la vacuna y, si es necesario, recibir atención médica.

_____, _____
Firma del adulto autorizado Fecha

O

For Vaccine Site:

Verbal consent by _____ given by _____ to _____ on _____
Authorized Adult Name Phone/Device Staff Name Date

Consentimiento del menor: soy un menor legalmente emancipado, un menor casado con un adulto o he sido determinado como un menor con suficiente madurez. Solicito que se me aplique la vacuna. Entiendo que debo permanecer en el centro de vacunación entre 15 y 30 minutos después de haber recibido la vacuna para ser observado en caso de posibles reacciones inmediatas o reacciones secundarias relacionadas con la vacuna y, si es necesario, recibir atención médica.

_____, _____
Firma del menor emancipado/casado con un adulto/menor con suficiente madurez Fecha

Nombre del participante: _____ Primer Nombre: _____

DOB: ____ / ____ / ____

Preguntas de exclusión: Responder “sí” a cualquiera de estas preguntas le excluirá de recibir la vacuna hoy

¿Tiene antecedentes conocidos de una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) ya sea a la vacuna Moderna o Pfizer, o a cualquier componente de estas vacunas? (Una lista completa está disponible en la hoja informativa para los Receptores de Vacunas y sus Cuidadores o con su médico).	Yes	No
¿Está por debajo de la edad mínima de 5 años (Pfizer) o de 18 años (Moderna)?	Yes	No
En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo por COVID-19?	Yes	No
En las últimas dos semanas, ¿Se ha expuesto a una persona que dio positivo por COVID-19, a una distancia de seis pies o menos, durante un período de 15 minutos o más, sin usar equipo de protección personal adecuado?	Yes	No
¿Ha tenido nuevos síntomas de fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida del gusto u olfato recientes, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea?	Yes	No
¿Usted alguna vez ha tenido pericarditis (inflamación del pericardio) o miocarditis (inflamación del corazón)? En caso de que sí, por favor ponga en contacto con su doctor cabecera para recibir la aprobación de su doctor.	Yes	No

Indicaciones de preguntas adicionales:

En los últimos 90 días, ¿ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como parte del tratamiento para el COVID-19? –O- ¿Está usted inmunodeprimido o toma algún medicamento que afecte su sistema	Si Su respuesta inmune a la vacuna puede ser menor	No
¿Está embarazada, amamantando o planea quedar embarazada?	Si Pocas mujeres embarazadas o en período de lactancia	No
¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante (que no sea aspirina)?	Si Puede tener un nudo en el músculo debido a la inyección.	No
¿Tiene antecedentes conocidos de anafilaxia o reacción alérgica inmediata por cualquier causa? ¿Experimenta un aturdimiento ligero o mareos después de las vacunas o inyecciones?	Si Vea Abajo*	No

* Llamar por teléfono SVH Clinica programar una cita, (425) 831-2313.

Firma del participante (or Guardian/Authorized Representative): _____

Today's Date of Immunización: _____

Administrative use only during system down-time or off-site:

Administration date: _____ Administration Time: _____	Vaccine administering provider suffix: _____
CVX (Product): _____	Vaccine administering site on the body: Left deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/>
Dose number: _____	Other <input type="checkbox"/> (indicate location) _____
Lot number: _____	Vaccine route of administration: _____
Vaccine Expiration Date: _____	Fact Sheet for Vaccine Recipients and Caregivers version date: _____