

ID VERIFIED

APPT. TIME

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19 DE LOVELACE FAMILY MEDICINE PARA LA FECHA DE VACUNACION

PRIMERO NOMBRE (LEGAL)		SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		EDAD
# DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION		
CIUDAD		CONDADO	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO		EMAIL			
GENERO	RAZA:		TRABAJO		
SEGURO MEDICO Nombre Del Asegurado Del Garante Y Su Fecha de Nacimiento		NUMERO		NO TENGO SEGURO	
Ha tenido alguna vez una vacuna para COVID-19		SI	NO	MARCA	FECHA
SE SIENTE ENFERMO HOY?		SI	NO	LOCALIZACION	
HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACION ALERGICA A VACUNA/MEDICINA REQUIRRIENDO EPIPEN O HOSPITALIZACION?				SI	NO
HA RECIBIDO ALGUNA VACUNA EN LOS ULTIMAS 14 DIAS?		SI	NO		
ALGUNA VEZ HAS PROBADO POSITIVO PARA COVID-19?		SI	NO	CUANDO?	
HA RECIBIDO ANTICUERPOS MONOCLONALES O PLASMA CONVALESCENTE PARA EL TRATAMIENTO DEL COVID-19?				SI	NO
TIENE UN SISTEMA INMUNITARIO DEBILITADO CAUSADO POR ALGO COMO EL VIH, EL CANCER O EL USO DE TERAPIAS INMUNOSUPRESIVAS?				SI	NO
ESTAS EMBARAZADA O AMAMANTANDO?		SI	NO		
HAY ALGUNAS RAZONES POR LAS QUE NO PUEDE RECIBIR SU INYECCION EN SU BRAZO IZQUIERD				SI	NO

A firmar a continuacion, reconoce lo siguiente: La Administracion de Alimentos y Medicamentos ha aprobado que se le administre la vacuna en caso de uso de emergencia como vacuna para el SARS-CoV-2 (Coronavirus o COVID-19), despues de haber descubierto que es seguro y eficaz de acuerdo con los requisitos de autorizacion de uso de emergencia. La informacion sobre la vacuna se ha puesto a su disposicion en forma de la hoja de datos de la autorizacion de uso de emergencia (EUA) / formulario VIS. No se garantiza que la vacuna que se le administrara evitara que contraiga COVID-19. Puede tener una reaccion adversa, incluso inesperada, que incluye, entre otros, todos o algunos de los signos y sintomas enumerados en la hoja de informacion de la vacuna. Esta tomando una decision informada para recibir la vacuna. Ud. libera y libera completamente a Lovelace Family Medicine, afiliados y cesionarios, y sus funcionarios y empleados de cualquier enfermedad, lesion, perdida o dano que pueda resultar de la administracion de la vacuna. Tambien acepta esperar en la zona de vacunacion durante 15-30 minutos para el seguimiento y recibir tratamiento en caso de reacciones adversas. Se facturara a su compania de seguros por la administracion de la vacuna y cualquier servicio adicional proporcionado en caso de una reaccion adversa. La vacuna se administra en 2 dosis y, para que sea eficaz, debera recibir ambas dosis. Si tiene algun sintoma, como, entre otros, fiebre de mas de 101.5 (F), fatiga, escalofrios, dolor de cabeza, mialgia o dolor en el lugar de la inyeccion, comuniquese con su proveedor de atencion medica lo antes posible. Si se trata de una emergencia, dirijase a su proveedor medico de emergencia mas cercano si se puede hacer de manera segura, o comuniquese con el 9-1-1.

Reconozco que he tenido la oportunidad de leer, comprender y hacer preguntas sobre la vacuna y las hojas de datos / VIS de la autorizacion de uso de emergencia de la vacuna COVID-19 (EUA) relacionadas con la vacuna que recibire y acepto todos los riesgos asociados con tal. Autorizo a Lovelace Family Medicine a divulgar toda la informacion necesaria para procesar mis reclamos y brindar los servicios mencionados anteriormente.

FIRMA DEL DESTINATARIO / PACIENTE:	FECHA:
---	---------------

FOR STAFF USE ONLY

Date of Service:	VACCINE INFO STICKER
Dose #: (circle) 1st dose / 2nd dose	
Site: (circle) Left Deltoid / Right Deltoid	Documented in VAMS:
Monitor for: 15 minutes / 30 minutes	Scanned to Lytec Chart:
Administered by:	Lytec Chart #: