

Formulario de consentimiento y detección de COVID-19

Por favor imprimir

Sección 1: Información sobre el destinatario de la vacuna

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Raza

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Nativa de Hawai
- Otra isleña del pacífico
- Negra o afroamericana
- Blanca
- Otra Raza

Idioma primario

- Inglés
- Español

Género

- Femenino
- Masculino
- Otro

Etnicidad

- No Hispano o Latino
- Hispano o Latino

¿Es usted una persona que se identifica como discapacitada?

- Si
- No

Administrado en: Jackson County Public Health @ The Expo

Sección 2: Cuestionario de detección

¿Se siente enfermo/a hoy?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Ha sido tratado/a con terapia de anticuerpos para COVID-19 en los pasados 90 días?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una reacción alérgica grave o potencialmente mortal, como urticaria, o dificultad para respirar con <i>alguna</i> vacuna o inyección?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? (Incluida la vacuna contra la gripe)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Está embarazada, considerando quedar embarazada o amamantando?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA, antecedentes de enfermedad autoinmune o cualquier otra condición que debilite el sistema inmunológico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Toma algún medicamento que afecte su sistema inmunológico, como esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido algún tratamiento de radiación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Autorización de uso de emergencia

La FDA ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias para justificar el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que una vacuna aprobada o autorizada por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo un EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y la totalidad de la evidencia científica disponible, que muestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Consentimiento

He recibido, leído o me han explicado y entiendo la hoja de información de la vacuna COVID-19 proporcionada. Por la presente autorizo a la Salud Pública del Condado de Jackson a administrar la vacuna que he solicitado en series de dos dosis con 28 días de diferencia. El alcance de este consentimiento incluye la administración de la vacuna, la conversación con un proveedor si se solicita, la atención y los tratamientos inmediatamente después de la administración según sea necesario.

Firma

Fecha

Sección 3: Para ser completada por el vacunador

Administrador

Vacuna administrada:	Primera dosis	Segunda dosis
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitio de administración:	Deltoides I	Deltoides D
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>