

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19

Información sobre la persona que recibirá la vacuna (en letra de imprenta)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Raza: Asiático Negro Nativo Americano Isleño del Pacífico Blanco Otro Etnicidad: Hispano No Hispano

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ ¿Tiene seguro médico? No Si

Complete lo siguiente:

¿La persona que se va a vacunar ha recibido alguna vez la vacuna COVID-19?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si es así, fecha: _____	
Tipo / marca de la vacuna COVID: _____	
¿La persona que se va a vacunar es alérgica a algún medicamento, alimento, vacuna o látex? Enumere todas las alergias si corresponde:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿La persona que se va a vacunar tiene al menos 18 años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a algún medicamento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿La persona que se va a vacunar está enferma hoy o tiene una fiebre superior a 100.4°?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está embarazada, planea quedar embarazada o amamantando?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está inmunodeprimido o está tomando algún medicamento que afecte su sistema inmunológico?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿La persona que se va a vacunar tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿La persona que se va a vacunar ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿La persona que se va a vacunar ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Por la presente reconozco haber recibido una copia de la "Hoja de datos para destinatarios y cuidadores" con respecto a la vacuna COVID-19. Además, garantizo y declaro que he leído y entendido lo mismo. Entiendo y acepto que la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Moderna COVID-19, aunque no es una vacuna aprobada por la FDA, comprendo los posibles riesgos y beneficios de la vacuna Moderna y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios. También se me ha proporcionado información sobre las vacunas alternativas disponibles y los riesgos y beneficios de esas alternativas. Entiendo que yo, como receptor (o como padre o tutor del receptor, si corresponde) tengo la opción de aceptar o rechazar esta vacuna. No es necesario tomarlo. Entiendo que el Departamento de Salud del Condado de Seward (SCHD) debe enviar los datos de administración de la vacuna COVID-19 al Sistema de Información de Inmunización de Kansas (KSWebIZ) e informar los eventos adversos moderados y graves después de la vacunación al Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS). Doy mi consentimiento expreso a la distribución de dichos datos a KSWebIZ y VAERS por SCHD. También reconozco que la divulgación de ciertos datos e información puede ser requerida por la ley.

Entiendo que el SCHD administra la vacuna. SCHD, condado de Seward, sus funcionarios electos, agentes, empleados, sucesores, cesionarios y afiliados renuncia expresamente toda responsabilidad u obligación por la vacuna Covid-19, que incluye, entre otros, su administración, eficacia,

seguridad o posibles efectos secundarios. Mi consentimiento se da a la luz de este conocimiento y en consideración de que SCHD administre la vacuna COVID-19. Yo, por mí mismo, mi barrio, mis herederos, administradores, fideicomisarios, albaceas, cesionarios y sucesores interesados, por la presente acepto liberar, eximir de responsabilidad e indemnizar al Departamento de Salud del Condado de Seward, el condado de Seward, sus funcionarios electos, sus subsidiarias, divisiones, afiliados, sucesores, cesionarios, funcionarios, fideicomisarios, empleados, voluntarios y agentes de y contra todas y cada una de las demandas, daños, pérdidas, costos, gastos, obligaciones, responsabilidades, reclamos, acciones y causas de acción (ya sea que es infundado o no) de cualquier naturaleza (incluyendo, y similares relacionados con, o que surjan de, directa o indirectamente, mi (o, si soy un padre o tutor, mi hijo o pupilo) recibo de esta vacuna COVID-19. El Condado de Seward y el Departamento de Salud del Condado de Seward otorgan garantías, expresas o implícitas, incluidas, entre otras, garantías implícitas de comerciabilidad o idoneidad para un propósito particular con respecto a la vacuna, su efectividad, efectos secundarios o seguridad. Si doy mi consentimiento en nombre de otra persona, por la presente declaro y garantizo que tengo plena autoridad para hacerlo. Entiendo y estoy de acuerdo con todo lo anterior y por la presente doy mi consentimiento al personal del Departamento de Salud del Condado de Seward para que me administre a mí o a la persona mencionada anteriormente una vacuna COVID-19. He leído, o me han explicado, la Autorización de uso de emergencia (EUA) para la vacuna COVID-19. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de esta vacuna COVID-19. Por lo tanto, doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud del Condado de Seward me administre la primera y segunda dosis de la vacuna o la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud (como padre o tutor). Por la presente, asumo el riesgo de tomar la vacuna (o de que se la administre a mi hijo o pupilo).

HE SIDO ADVERTIDO Y ACEPTO ESPERAR DE 15 A 30 MINUTOS DE OBSERVACIÓN DESPUÉS DE RECIBIR MI VACUNA ANTES DE SALIR.

Entiendo que la vacuna COVID-19 es una serie de vacunas de dos partes y no se considera administrada por completo hasta que reciba dos dosis de la vacuna que se administran 28 días después de la primera dosis. Al firmar este consentimiento, acepto y doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud del Condado de Seward administre la vacuna, así como para todo lo anterior.

Escriba en letra de imprenta el nombre del padre / tutor, si es diferente al del paciente: _____

Firma del paciente / padre / tutor: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO INTERNO

Initial Dose Manufacturer:		Booster Dose:	
Date:		Date:	
Lot #:	Exp:	Lot #:	Exp:
Site:	Route:	Site:	Route:
Vaccine Administrator:		Vaccine Administrator:	
Nurse's Comments:		Nurse's Comments:	