

Consentimiento informado para la vacunación contra el COVID-19

COMPLETAR SOLAMENTE LAS SECCIONES A y B

Sección A-1

Imprimir de manera visiblemente clara

Nombre: Apellido: Fecha de nacimiento: / / Edad:

Género: Femenino Masculino Raza: Negra o afroamericana Blanca Asiática Nativo de América del Norte/Nativo de Alaska

Etnia: Hispánica No hispánica Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Otra

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Correo electrónico del paciente: Teléfono: () - Nombre del empleador de atención médica:

PLEASE SELECT ONE BELOW:

1) Según la disponibilidad, deseo recibir las siguientes vacunas: Vacuna Moderna mRNA cx-024414 COVID-19

Primera dosis Segunda dosis

2) Según la disponibilidad, deseo recibir las siguientes vacunas: Vacuna Pfizer-BioNTech mRNA BNT162b2 COVID-19

Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis

3) Según la disponibilidad, deseo recibir la siguientes vacunas: Vacuna Janssen COV3001 COVID-19

Primera dosis

Sección A-2

Declaro que: (a) soy el paciente y que tengo al menos 18 años de edad; (b) soy el tutor legal del paciente o (c) soy una persona autorizada para dar el consentimiento en nombre del paciente cuando este no sea competente o no pueda dar su propio consentimiento. Además, por este medio doy mi consentimiento al Health Care District of Palm Beach County y al profesional de atención médica matriculado que administra la vacuna, según corresponda (referidos cada uno como "proveedor aplicable"), a administrar la o las vacunas que solicité más arriba. Comprendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o las complicaciones asociadas a la administración de la o las vacunas. Comprendo los riesgos y los beneficios asociados a la o las vacunas mencionadas arriba y he recibido, leído y me han explicado la Hoja Informativa de la Autorización de Uso de Emergencia con respecto a la o las vacunas que he decidido recibir. También declaro que he tenido oportunidad de hacer preguntas y que estas fueron respondidas satisfactoriamente. Además, declaro que se me ha informado que el paciente debe permanecer cerca del lugar de vacunación, en estado de observación, durante aproximadamente 15 a 30 minutos después de la administración. En nombre del paciente, de los herederos y de los representantes personales de este, por este medio libero y eximo a cada uno de los proveedores aplicables, a su personal, agentes, sucesores, divisiones, empresas relacionadas, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados, de cualquier y toda responsabilidad o reclamos, ya sean conocidos o no, que surjan o se relacionen de cualquier manera con la administración de la o las vacunas mencionadas más arriba. (Firme con sus iniciales a continuación)

_____ Reconozco si recibo Moderna mRNA cx-024414 COVID-19 Vaccination or Pfizer-BioNTech mRNA BNT162b2 COVID-19 Vaccine, acepto que necesitaré una segunda dosis de la vacuna a los 21-28 días de la fecha de la primera administración, para una protección a largo plazo

_____ Autorizo al Health Care District of Palm Beach County a registrar esta vacuna en la base de datos SHOTS de Florida

Declaro que: (a) Comprendo los propósitos y los beneficios del registro de vacunaciones de mi estado ("Registro del estado") y del sistema de intercambio de información de salud de mi estado ("Intercambio de información de salud del estado, o "HIE", en inglés) y (b) que el proveedor aplicable puede divulgar información sobre mi vacunación al Registro del estado, o al HIE del estado, o a través del HIE del estado al Registro del estado, o a cualquier estado o agentes o autoridades gubernamentales federales ("Agencias gubernamentales"), tales como los Departamentos de Salud estatales, de condado o locales, o el Departamento federal de Salud y Servicios Humanos, al Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, o a las personas que este designe según lo exija la ley para proporcionar información de salud pública, o a mis proveedores de atención médica inscritos en el Registro del estado o en el HIE del estado, para la coordinación de la atención. Declaro que puedo autorizar, mediante un formulario de aceptación aprobado por el estado, o según lo permita la ley de mi estado, un formulario de inclusión ("Formulario de inclusión") proporcionado por el proveedor aplicable: (a) a que el proveedor aplicable divulgue información sobre mi vacunación al HIE del estado o al Registro del estado; o (b) a que el HIE del estado o el Registro del estado compartan información sobre mi vacunación con cualquiera de mis otros proveedores de atención médica en el Registro del estado o en el HIE del estado. Si mi estado lo permite, el proveedor aplicable me dará un Formulario de inclusión. Sin embargo, a menos que le proporcione un Formulario de inclusión al proveedor aplicable, entiendo que mi información de salud no se compartirá con el HIE del estado, salvo como se explica más en detalle a continuación. Si le proporciono un formulario de inclusión firmado al proveedor aplicable, mi consentimiento permanecerá vigente hasta que retire mi permiso, lo cual puedo realizar en cualquier momento y por cualquier motivo, entregándole un formulario de exclusión completo al proveedor aplicable o al HIE de mi estado, según el caso.

Entiendo que, aunque no dé mi consentimiento o si lo retiro, las leyes de mi estado o la ley federal pueden permitir que se divulgue alguna información sobre mi vacunación a o a través del HIE del estado, o a las agencias gubernamentales, según lo exija o lo permita la ley. Además, autorizo al proveedor aplicable a: (a) divulgar mi información médica u otra, incluida cualquier enfermedad contagiosa (incluido el VIH) e información sobre salud mental, a, o a través del HIE del estado o de las agencias gubernamentales, a mis profesionales de atención médica, Medicare, Medicaid o a cualquier otro tercero pagador, según sea necesario para llevar a cabo un tratamiento o efectuar un pago; (b) presentar un reclamo a mi aseguradora por los tratamientos o servicios solicitados arriba y (c) pedir el pago de beneficios autorizados que vayan a efectuarse en mi nombre al proveedor aplicable, con respecto a los tratamientos y servicios solicitados arriba.

Aceptación de inclusión: Deseo que mi información de salud se incluya en el HIE

He leído y comprendo plenamente la información incluida más arriba y que se me ha proporcionado con respecto al HIE del proveedor y la acepto.

Firma del paciente o del representante autorizado:

Fecha:

 / /

Declaro haber recibido la Notificación sobre derechos de privacidad

Firma del paciente o del representante autorizado:

Nombre en letras de imprenta:

Fecha:

 / /

Sección B-1

Imprimir de manera visiblemente clara

1. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave a una dosis anterior de vacuna COVID-19? Sí No No sé

Si su respuesta a esta pregunta es sí, no recibirá su vacuna hoy.

Comuníquese con su proveedor de atención primaria de la salud para instrucciones adicionales.

2. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que requirió tratamiento con hospital? También podría ser una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas y que causó sarpullido como, por ejemplo, sibilancia. Sí No No sé **¿Hizo ir al laboratorio?**

3. ¿Se siente enfermo/a hoy? Sí No No sé

4. ¿Ha tenido COVID-19 en los últimos 90 días? Sí No No sé

5. ¿Está embarazada o piensa quedar embarazada en el próximo mes o está amamantando? Sí No No sé

6. ¿Está inmunodeprimido o toma algún medicamento que debilite su sistema inmunológico? Sí No No sé

7. ¿Sufre de un trastorno hemorrágico o está tomando un medicamento anticoagulante? Sí No No sé

8. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para el COVID-19? Sí No No sé

Si su respuesta a esta pregunta es "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) antes de continuar con la vacunación contra el COVID-19.

Mujeres de 18-49 años que reciben la Janssen (Johnson & Johnson) COV3001 COVID-19:

Ha recibido la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) for the Janssen (Johnson & Johnson) COV3001 COVID-19 vacuna?

Yes No

Sección B-2

Imprimir de manera visiblemente clara

Declaro que: (a) soy el paciente y que tengo al menos 18 años de edad; (b) soy el tutor legal o el representante del paciente o (c) soy un representante del Health Care District del Condado de Palm Beach y, según observación clínica, tengo suficiente conocimiento de la condición del paciente para responder las preguntas de evaluación. También declaro que he tenido oportunidad de hacer preguntas y que estas fueron respondidas satisfactoriamente.

Firma del paciente o del representante autorizado:

Nombre en letras de imprenta:

Fecha:

 / /

¡Gracias!

Entréguele este documento a su proveedor de atención médica para que complete las secciones adicionales.