

Consentimiento de Vacunación para el COVID-19 bajo la Autorización de Uso de Emergencia
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

*Nombre: _____ *Apellido: _____ Inicial de su Segundo Nombre: _____

*Fecha de Nacimiento: _____ *Sexo Masculino Femenino Transgénero Otro

*Raza: Blanco Negro Asiático Isleño del Pacífico
Indio Americano / Nativo de Alaska Ninguno de los Mencionados Sin Respuesta

*Etnicidad Hispana: Sí No
Desconocido Sin Respuesta

*Dirección: _____ *Ciudad: _____
*Estado: _____ *Código Postal/Zip: _____ *Teléfono Móvil: _____
*Dirección de Correo Electrónico: _____

Seguro privado o del empleador Sin suficiente seguro Sin seguro Medicaid

HISTORIAL MÉDICO	SÍ	NO	DESCONOCIDO
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a algo (por ejemplo, anafilaxia)? Por ejemplo, ¿una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o un Epi Pen o por la que tuvo que ir al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de alguna vacuna o medicamento inyectable, incluida una dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En los últimos 14 días, ¿ha tenido contacto con un paciente confirmado infectado por COVID-19 o ha recibido una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En los últimos 90 días, ¿ha dado positivo con COVID o ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Está amamantando / dando de pecho o está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está inmunodeprimido? (tomando medicamentos o recibiendo tratamiento por cáncer, leucemia, VIH / SIDA u otros problemas del sistema inmunológico o tomando medicamentos que afecten su sistema inmunológico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?

La Public Readiness and Emergency Preparedness Act (Ley de Preparación para Emergencias y Disponibilidad Pública - PREP Act) autoriza al CICP a brindar beneficios a ciertas personas o propiedades de personas que sufran una lesión física grave cubierta como resultado directo de la administración o del uso de las contramedidas cubiertas. El CICP también puede brindar beneficios a ciertos sobrevivientes de personas que mueren como resultado directo de la administración o del uso de contramedidas cubiertas identificadas en una declaración de la PREP Act. La declaración de la PREP Act para contramedidas médicas contra el COVID-19 establece que las contramedidas cubiertas son cualquier medicamento antiviral, cualquier otro fármaco, cualquier biológico, de diagnóstico, cualquier otro dispositivo o cualquier vacuna utilizada para tratar, diagnosticar, curar, prevenir o mitigar el COVID-19, la transmisión del SARS-CoV-2 o de un virus que mute del SARS-CoV-2, o cualquier dispositivo utilizado en la administración de todos los componentes y materiales constituyentes de dicho producto. La información sobre el CICP y cómo presentar un reclamo está disponible llamando al 1-855-266-2427 o visitando <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/pfizer-biontech-covid-19-vaccine>

POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE de la firma de abajo

FIRMA DEL PACIENTE

RELACIÓN CON EL CLIENTE

FECHA DE HOY

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD

Yo, _____, reconozco y acepto que he recibido o se me ha informado sobre el
Escriba su Nombre Aquí Aviso de Prácticas de Privacidad de Affinia Healthcare y dónde puedo
obtener las revisiones realizadas a este Aviso.

Firma del Cliente / Representante Legal

Relación con el Cliente

Fecha de Hoy