



# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y SELECCIÓN PARA LA VACUNA DE LA COVID-19

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN ACERCA DE USTED (EN LETRA DE IMPRENTA)

<b>Nombre:</b>		<b>Edad:</b>	<b>Numero De Seguro Social:</b>
Fecha de nacimiento:		Número de teléfono celular:	
<b>Dirección:</b>		Numero de licencia de conducir o tarjeta de identification:	
Ciudad:		Language Preferido:	
<b>Sexo</b> (Sexo asignado al nacer):	<b>Raza:</b>	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Desconocido	
<b>Nombre del tutor legal: Apellido:</b>		<b>Primer nombre:</b>	<b>Inicial del 2.º nombre:</b>
N.º de identificación de la compañía de seguros principal: --- _____ N.º de lote: _____			
Compañía de seguros: _____			
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____			
<b>Para fines informativos solamente</b>			
* Arreglos de vivienda: <input type="checkbox"/> Dueño/Renta <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Esta sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Vivo con amigos <input type="checkbox"/> En la Calle/en Carro <input type="checkbox"/> Transitorias <input type="checkbox"/> Otro _____			
* En los últimos dos años, o antes de la jubilación o incapacidad: Ha trabajado usted o el jefe de familia en la agricultura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se ha mudado usted o el jefe de familia de una área, a otro condado o estado en busca de trabajo en la agricultura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ha vivido su familia en esta área y ha ganado más de la mitad de sus ingresos de temporadas en la agricultura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Ha recibido usted alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? <input type="checkbox"/> Primera dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis <input type="checkbox"/> Tercera dosis <input type="checkbox"/> Inyección de refuerzo			
Qué vacuna recibió previamente? <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)			
Ha traído usted su tarjeta de registro de vacunación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

## SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE DETECCIÓN DEL COVID-19

Marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Tiene hoy o ha tenido en algún momento de los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida repentina del sentido del olfato o del gusto, dolor de garganta, congestión (nariz tapada) o secreción nasal (moqueo), náuseas, vómitos o diarrea?		
2. ¿Ha tenido un resultado positivo en una prueba de detección de infección con la COVID-19 o se la han diagnosticado esta en los últimos 10 días?		
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., necesitó epinefrina o atención en un hospital) a una dosis previa de esta vacuna o a alguno de los ingredientes de esta vacuna?		
4. ¿Ha recibido alguna terapia de anticuerpos contra la COVID-19 en los últimos 90 días (p. ej., Regeneron, Bamlanivimab, plasma de convalecientes de COVID, etc.?)		

## SECCIÓN 3: GUÍA DE SELECCIÓN DE INMUNIZACIÓN PARA LA VACUNA PARA LA COVID-19

5. ¿Lleva con usted un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o al látex?		
6. En el caso de las mujeres, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada?		
7. En el caso de las mujeres, ¿está amamantando actualmente?		
8. ¿Está inmunodeprimido/a o está recibiendo un medicamento que afecta al sistema inmunitario?		
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?		
10. ¿Es una mujer de 18 a 49 años de edad que recibe la vacuna de Janssen (Johnson and Johnson) contra la COVID-19?		
11. Si es menor de 18 años, ¿sabe usted y/o su tutor que usted solo es elegible para recibir la vacuna de Pfizer?		

<p>12. Si esta es su tercera dosis o dosis de refuerzo de una vacuna COVID-19 de ARNm (Pfizer-BioNTech o Moderna) o su segunda dosis (refuerzo) de la vacuna COVID-19 de Janssen (Johnson and Johnson) y cumple con una o más de las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inmunodepresión de moderada a grave (por ejemplo: receptor de trasplante de órgano sólido, medicamentos inmunosupresores, tratamiento activo para el cáncer, etc.) y han pasado al menos 28 días desde que completó su serie primaria de la vacuna de ARNm COVID-19.</li> <li>2) Han pasado al menos 6 meses desde que completó su serie primaria de la vacuna de ARNm COVID-19.</li> <li>3) Han pasado al menos 2 meses desde la dosis inicial de su vacunación contra el COVID-19 de Janssen (Johnson and Johnson) y tiene 18 años de edad o más.</li> </ol>		
---	--	--

- Certifico que: (a) soy el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) soy el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 12 años de edad (para el consentimiento para la vacuna de Pfizer únicamente); o (c) estoy legalmente autorizado para otorgar el consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, otorgo mi consentimiento para que el Premier Community HealthCare Group, Inc. (PCHG) o sus agentes administren la vacuna para la COVID-19.
- Entiendo que este medicamento no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado por la FDA para su uso de emergencia, en virtud de una Autorización para uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) para prevenir la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19), para su uso en personas de 12 años de edad o mayores (Pfizer únicamente), o bien, de 18 años de edad o mayores (Pfizer, Moderna y Johnson and Johnson); y el uso de emergencia de este medicamento solo está autorizado durante la vigencia de la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización de dicho uso de urgencia del medicamento en virtud de la Sección 564(b)(1) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (Food, Drug, and Cosmetic Act, FD&C Act), a menos que se termine la declaración o se revoque antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas a la administración de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la vacuna mencionada anteriormente y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja informativa de uso de emergencia sobre la vacuna para la COVID-19 que he elegido recibir. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que me respondieron dichas preguntas de forma satisfactoria.
- Reconozco que se me ha aconsejado que permanezca cerca del centro de la vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más, en casos específicos) para estar en observación después de la administración de la vacuna. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad al PCHG y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de la administración de la vacuna mencionada anteriormente, o que esté relacionada con ella de cualquier manera.
- Doy fe de que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de Florida SHOTS, el registro de vacunación de Florida; y que (b) el PCHG incluirá mi información personal de vacunación en Florida SHOTS y que esta será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al PCHG, a la FDEM o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin que se me pague una cobertura suplementaria por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al PCHG, la FDEM o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago del cual soy financieramente responsable se deberá realizar al momento del servicio, o si el PCHG me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.

**Firma del paciente o representante autorizado** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta del representante y relación con la persona que recibe la vacuna:** \_\_\_\_\_

Site (LD/RD)	Route	Manufacturer (MVX)	Lot # Unit of Use/ Unit of Sale	Expiration Date	Date of EUA Fact Sheet
	IM				

**Vaccinator Print Name:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

<b>Office Use:</b> Registered & Insurance Verification: _____	Administered Vaccine: _____
EHR Documentation: Immunization Module _____	POMIS: Demographics Updated _____
Encounter Note _____	Charges Dropped _____
Charges Posted _____	Consent Scanned _____