

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19**

ESTA VACUNA NO ES APROBADA POR LA ADMINISTRACION DE DROGAS Y ALIMENTOS DE LOS ESTADOS UNIDOS (FDA-POR SUS SIGLAS EN INGLES), Y NO SE SABE SI O CUANDO SE OBTENDRA DICHA APROBACION.LA FDA HA AUTORIZADO EL USO DE EMERGENCIA DE LA VACUNA PFIZER COVID-19. ESTE PRODUCTO TIENE RIESGOS CONOCIDOS Y DESCONOCIDOS. POR FAOR LEA LA HOJA DE DATOS DE FDA PARA DESTINARIOS Y CUIDADORES PARA OBTENER INFORMACION SOBRE RIESGOS CONOCIDOS Y DESCONOCIDOS.

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ Masculino: _____ Femenino: _____ Otro: _____

Teléfono: (_____) _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

<p>Etnicidad (Opcional)</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino</p> <p><input type="checkbox"/> No hispano o latino</p> <p><input type="checkbox"/> desconocido</p>	<p>Raza (Opcional)</p> <p><input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o otro <input type="checkbox"/> Otro asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Otro no blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro isleño pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido</p>
--	---

¿Está embarazada o está pensando en quedar embarazada en los próximos dos meses? Si No

¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave? Si No

¿Le han dicho que lleve un autoinyector de epinefrina para las alergias? Si No

Escribir iniciales:

_____ He leído la hoja de datos del FDA para destinatarios y cuidadores y entiendo que explica los riesgos, beneficios y posibles efectos secundarios de recibir la vacuna COVID-19.

- Entiendo que existen riesgos al recibir la vacuna Pfizer COVID-19; que los riesgos incluyen posible reacción alérgica a la vacuna, dolor y inflamación; que otros riesgos existen y se enumeran en la hoja informativa; y que no se conocen todos los riesgos de esta vacuna porque esta vacuna aún se está estudiando.
- El beneficio posible de esta vacuna es que podría evitar que contraiga COVID-19.

_____ Entiendo que necesitaré otra dosis de la vacuna Pfizer COVID-19 en 21 días y que aún estoy en riesgo de enfermarme de COVID-19 hasta 7 días después de mi segunda dosis de la vacuna.

_____ Doy mi consentimiento para la administración de la vacuna Pfizer COVID-19 y estoy de acuerdo que volveré para recibir la segunda dosis de esta vacuna en 21 días. Renuncio a cualquier reclamo contra el condado de Hays, los médicos, los empleados, el lugar donde se administra la vacuna o en el que se proporciona la vacuna o se relaciona de alguna manera con la vacuna o provisión de la vacuna. Estoy de acuerdo que tales reclamos solo pueden presentarse y compensarse a través del programa de compensación por lesiones de contramedidas.

Nombre en letra de molde (escribe claramente): _____

En lugar de la firma, escriba su nombre legal complete: _____

Fecha: _____ Relación si firma otra persona: _____

**FOR OFFICE USE ONLY - not required if documenting in an
EHR Administration Record for COVID-19 Vaccine**

FDA fact sheet for recipients and caregivers: _____ Dosage: 0.3 mL Route: IM

Vaccine Manufacturer: _____ Site: Right Deltoid _____ Left Deltoid _____

Pfizer Lot: _____

Exp. Date: _____ Post Administration reaction: Yes _____ No _____

Administered by (Name and Credentials): _____ Date: _____