



CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE COVID

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA VACUNA:

NOMBRE: _____

RELACIÓN CON ARRIBA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SSN: _____

TELÉFONO: _____

Por Favor Responda Todas Las Preguntas Acerca de la Persona Que Recibirá La Vacuna:

TODAS LAS RESPUESTAS DE 'SI' DEBEN SER REVISADAS ANTES DE ADMINISTRAR LA VACUNA

¿Usted tiene una alergia **severa** peligrosa para su vida? Si No

¿Usted tiene una alergia **severa** a polietilenglicol (encontrado en algunos laxantes)? Si No

¿Esta usted actualmente embarazada o lactando? Si No

¿Esta actualmente enfermo o ha tenido fiebre >100.4° en las ultimas 24 horas? Si No

¿Ha recibido tratamiento con anticuerpo monoclonal en los últimos 90 días? Si No

Yo e revisado la información proveída del COVID y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Doy mi consentimiento para que me administren la vacuna COVID o la persona nombrada anteriormente. Entiendo que, como con todas las vacunas, no hay garantía de que el receptor se vuelva inmune o no experimente un efecto secundario adverso de la vacuna. Entiendo que el destinatario necesitará otra dosis de la vacuna COVID administrada al menos 21 días (Pfizer) o 28 días (Moderna) después de hoy para completar la serie de vacunas. La persona nombrada anteriormente o yo hemos programado una cita para recibir la segunda dosis requerida de la serie de vacunas COVID.

X

Firma de la persona que recibirá la vacuna (o la persona autorizada para realizar la solicitud).

Fecha

Nombre impreso del padre / tutor (si corresponde)

Relación con paciente

NURSE: _____

SITE: LA RA