



## 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