

FORMULARIO DE VACUNACION CONTRA COVID-19 DE 2021

Apellidos _____ **Nombres** _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Direccion _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Codigo Postal** _____
Numero de Telefono _____ **Correo Electronico** _____

Raza: <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiatico/a	<input type="checkbox"/> Indio/a
<input type="checkbox"/> Negro/a o Afroamericano/a	<input type="checkbox"/> Hawaiano/a Nativo/a o de otra Isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> Otra Raza
<input type="checkbox"/> Chino/a	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Blanco/a
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a	<input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a	<input type="checkbox"/> Desconocido

Padre/Tutor Legal (obligatorio si el/la paciente es MENOR a 18 años de edad)

¿Se obtuvo un consentimiento por escrito o verbal del paciente/padre del paciente para administrar la vacuna? Si No

Nombre	Numero de Telefono	Firma
---------------	---------------------------	--------------

Lista de Evaluacion de Contraindicaciones de la Vacuna contra el COVID-19

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Se ha sentido enfermo el día de hoy? | Si | No |
| 2. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días? | Si | No |
| 3. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra COVID-19 anteriormente? | Si | No |
| De ser AFIRMATIVO, con cual vacuna? Pfizer Moderna Janssen Otro Producto | | |
| 4. ¿Ha tenido reacciones alérgicas graves a las vacunas contra COVID-19 con mRNA o a sus contenidos: polisorbato o polietilenglicol? | Si | No |
| 5. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma convalecencia como parte de su tratamiento contra el COVID-19 en los últimos 90 días? | Si | No |
| 6. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica grave a comidas, animales, picaduras de insectos, medicamentos u otras vacunas? | Si | No |
| 7. ¿Tiene usted un sistema inmunológico débil a raíz de una infección por VIH, cáncer, o toma algún medicamento inmunosupresor o terapias de este tipo? | Si | No |
| 8. ¿Esta embarazada o en periodo de lactancia? | Si | No |
| 9. ¿Se proporciono una Ficha de Autorización de Uso por Emergencia/Información sobre la Vacuna al paciente/padre del paciente por escrito o a través de algún método digital? | Si | No |

Reconocimiento

Reconozco que recibí, leí y comprendo la ficha de información sobre la Autorización de Uso por Emergencia (EUA) sobre la(s) vacuna(s) que recibire. Además, también reconozco que: (a) entiendo los propósitos o beneficios de mi registro de vacunación en el estado ("Registro Estatal") y (b) que el Proveedor que aplique podría divulgar mi información de vacunación en el Registro Estatal, o a cualquier estado, agencia o autoridades del gobierno federal ("Agencias del Gobierno"), como un estado, condado o Departamentos de Salud locales o el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, o sus respectivos representantes designados, según sea requerido por la ley, para propósitos de informe sobre salud pública, o a mis proveedores de salud inscritos en el Registro Estatal en virtud de una coordinación de cuidados médicos. También entiendo que puedo evitar, utilizando un formulario de exclusión aprobado por el estado o, según lo permita la ley estatal, un formulario de exclusión ("Formulario de Exclusión") proporcionado por el Proveedor correspondiente (a) la divulgación de mi información de vacunación por parte del Proveedor aplicable al Registro Estatal; o (b) que el Registro Estatal comparta mi información de vacunación con cualquiera de mis otros proveedores de atención médica inscritos en el Registro Estatal. Si mi estado lo permite, el proveedor correspondiente me proporcionará un formulario de exclusión voluntaria. Entiendo que, en función de la legislación estatal, es posible que tenga que dar un consentimiento específico y, en la medida en que lo requiera esta normativa, al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que el proveedor correspondiente comunique la información sobre mi vacunación a los organismos gubernamentales o al registro estatal a las entidades y con los fines descritos en este formulario de consentimiento informado. Salvo que facilite al Proveedor correspondiente un Formulario de Exclusión firmado, entiendo que mi consentimiento permanecerá en vigor hasta que lo retire y que puedo revocarlo facilitando un Formulario de Exclusión debidamente completado al Proveedor correspondiente y/o a mi Registro Estatal, según corresponda. Entiendo que incluso si no doy mi consentimiento o si lo retiro, las leyes de mi estado o la ley federal pueden permitir ciertas divulgaciones de mi información de vacunación a o a través del Registro Estatal o a las Agencias Gubernamentales según lo requiera o permita la ley. Estoy de acuerdo con que podría cobrarse a mi proveedor de seguros o plan de salud por cualquier artículo requerido o servicios no contemplados en mis beneficios. El equipo de Med-Call Healthcare podría contactarme mediante una contestadora, llamadas pregrabadas, mensajes de texto o cualquier otro método electrónico para notificarme y recordarme sobre la segunda dosis de la vacuna. Libero al equipo de Med-Call Healthcare de cualquier reclamo que se relacione directa o indirectamente a la administración de la vacuna para mí o para mis hijos.

Yo, el suscrito, certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal _____ **Fecha** _____