

Consentimiento para la Vacuna Contra el COVID-19 Primera Dosis Segunda DosisTipo de vacuna para la primera dosis: Pfizer Moderna Fecha en que se recibió la primera dosis: _____

Nombre de la Persona que Recibe la Vacuna: _____ Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Edad: _____

Email: _____ Número de Teléfono: _____ NSS: _____

Si tuvo una reacción alérgica grave al recibir la primera dosis, informe a su administrador de vacunas y NO RECIBA LA SEGUNDA DOSIS.

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, que apareció a fines de 2019. Es predominantemente una enfermedad respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con COVID-19 han informado una amplia gama de síntomas, que van desde síntomas leves hasta la enfermedad grave.

Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos; tos; dificultad respiratoria; fatiga; dolores musculares o corporales; dolor de cabeza; pérdida del gusto o del olfato; dolor de garganta; congestión o secreción nasal; náuseas o vómitos; diarrea.

No debe recibir esta vacuna si:

- ha tenido una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna
- ha tenido una reacción alérgica grave a cualquier componente de esta vacuna
- no cumple con las indicaciones de edad (≥ 12 años para la vacuna de Pfizer o ≥ 18 años para la vacuna de Moderna)

Hable con su médico sobre si debe recibir la vacuna contra el COVID-19 si tiene alguno de los siguientes:

- tiene alguna alergia
- tiene fiebre
- tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante
- está inmunodeprimido o está recibiendo un medicamento que afecta su sistema inmunológico
- está embarazada o planea quedar embarazada
- está amamantando
- ha recibido otra vacuna contra el COVID-19

Pueden ocurrir eventos adversos graves, inesperados y desconocidos al recibir la vacuna contra el COVID-19 y pueden ser más frecuentes después de la dosis 2 que después de la dosis 1. Las EUA establecen que los efectos secundarios que se han informado incluyen: **Reacciones en el lugar de la inyección:** dolor, hinchazón (rigidez), enrojecimiento, dolor e hinchazón de los ganglios linfáticos. **Efectos secundarios generales:** cansancio/fatiga, malestar, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor en las articulaciones, escalofríos, náuseas, vómitos y fiebre. Existe una remota posibilidad de que la vacuna contra el COVID-19 pueda causar una reacción alérgica grave. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir: dificultad respiratoria, hinchazón del rostro y garganta, ritmo cardíaco acelerado, erupción en todo el cuerpo, mareos y debilidad.

Por lo general, una reacción alérgica grave ocurriría entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra el COVID-19.

Si después de la vacunación experimenta alguna complicación que pueda estar relacionada con la vacuna contra el COVID-19, comuníquese con su médico y administrador de la vacuna para un posible informe.

- He leído y entiendo este formulario de consentimiento para la vacuna contra el COVID-19.
- He recibido, leído y comprendido la Hoja Informativa de autorización de Uso de Emergencia para Quienes Reciben la Vacuna.
- Tuve la oportunidad de discutir cualquier inquietud con mi médico.
- La administración de la vacuna no crea una relación paciente-proveedor entre el administrador y quien recibe la vacuna.
- Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra el COVID-19.
- Cumpló con el requisito de edad para la vacuna que se me administra, como se describe anteriormente.
- No tuve una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de cualquier vacuna contra el COVID-19.
- No tengo una alergia grave a ningún componente de esta vacuna.
- Entiendo que mi información y estado de vacunación se comunicarán al estado.
- Entiendo que debo permanecer en observación (15 minutos o 30 minutos con antecedentes de reacción anafiláctica por cualquier causa).
- Solicito libre y voluntariamente recibir la vacuna contra el COVID-19.
- Para menores: Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para que el niño mencionado anteriormente sea vacunado con la vacuna contra el COVID-19.

Firma o Firma de Consentimiento de los Padres: _____ Fecha: _____

Para Menores:

Nombre del Padre o Tutor (En Letra de Molde): _____ Parentesco con el Menor: _____

Fabricante _____ Lote # _____ Fecha de Vencimiento _____

Vía Intramuscular (Marque con un círculo) Deltoides Izquierdo Deltoides Derecho Fecha/Horario en que se Administró la Vacuna _____

Nombre en Letra de Molde del Administrador de la Vacuna _____