

Consentimiento informado para recibir vacunas contra el COVID-19 en 2021-2022

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Celular/línea fija (marque con un círculo)

Alergias a medicamentos: _____

Sexo asignado al nacer: Masculino/Femenino/Desconocido

Raza: Asiática / Afroamericana / Hispana / India americana / Caucásica / Isleña del Pacífico / Dos o más / Otra

Origen étnico: Hispano o latino / No hispano o latino / Se niega a decirlo (desconocido)

INFORMACIÓN DE MEDICARE/SEGURO

El gobierno federal de los Estados Unidos declaró la pandemia del COVID-19 como una crisis de salud pública y emitió autorizaciones de uso de emergencia para las vacunas. Por ello, todas las vacunas son propiedad del gobierno de los Estados Unidos y se las darán sin costo alguno. Los gastos de administración pueden facturarse a su seguro médico o de medicamentos con receta, o al gobierno de los Estados Unidos, mediante una cámara de compensación nacional. Escriba la fecha de nacimiento y la dirección que Medicare o su seguro tienen en sus archivos.

	Medicamentos con receta	Médico
Nombre del seguro (Medicare B, HealthPartners, etc.):		
N.º de ID (incluya cualquier letra):		
N.º de grupo:		
N.º de ID del pagador	---	
N.º de identificación del banco:		---
N.º de control del procesador:		---

Firma del paciente _____

Fecha _____

Escriba sus iniciales para indicarnos que recibió nuestro Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

_____ (iniciales)

VACCINE INFORMATION (Office use only)

Standing order provider: Dr. Robert Wolfe Address: 82 Chimney Rock Rd Hovland, MN 55606 NPI: 1205905452 Phone: 715-699-4976

Do NOT administer COVID-19 Vaccine with any other vaccine

Janssen (Do not need to check Dose 1 or Dose 2 box)

Dose 1

Dose 2 (1st dose product received _____ date received _____)

Vaccine	
Manufacturer	
Lot #	
Exp. Date	
EUA revision date	
Inject IM	Right or Left Arm
Dose (mL)	
Admin. / EUA given date	
Patient Age	
Store #	
Administrator*	

Attach
Rx Barcode

Attach
Rx Backtag

*By signing as administrator, you are confirming that contraindications and side effects have been reviewed and a current EUA was provided to the patient receiving vaccine.

Complete estas preguntas de control el día de la vacunación. El farmacéutico revisará sus respuestas y determinará su elegibilidad para recibir una vacuna.

- 1) ¿Dio positivo en una prueba de COVID-19 o tuvo contacto directo y cercano con alguien que dio positivo en una prueba de COVID-19 en los últimos 10 días? **SÍ/NO**
- 2) ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas en los últimos 10 días? Fiebre de 100.4 °F o más sin usar medicamentos para bajar la fiebre, tos, pérdida nueva del gusto u olfato, dificultad para respirar o falta de aliento, dolor de garganta, diarrea u otras enfermedades respiratorias? **SÍ/NO**

Responda Sí o No a las preguntas de abajo. Si alguna pregunta no es clara, pida ayuda.

	Sí	No	No sé
1) ¿Se siente enfermo hoy?			
2) ¿Alguna vez recibió una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> En caso afirmativo, ¿qué producto de vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Otro producto 			
3) Tuvo alguna vez una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hiciera ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurriera en un plazo de 4 horas y que causara urticaria, hinchazón o dificultades respiratorias, incluyendo pitidos en el pecho).			
<ul style="list-style-type: none"> Un componente de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo el polietilenglicol (PEG), que está en algunos medicamentos, como los laxantes y los preparados para procedimientos de colonoscopia. 			
<ul style="list-style-type: none"> Polisorbato 			
<ul style="list-style-type: none"> Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 			
¿Tuvo alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?			
4) (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hiciera ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurriera en un plazo de 4 horas y que causara urticaria, hinchazón o dificultades respiratorias, incluyendo pitidos en el pecho).			
5) ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a algo que no fuera un componente de la vacuna contra el COVID-19, polisorbato, o una vacuna o un medicamento inyectable? Esto incluiría las alergias a las comidas, a las mascotas, al medio ambiente o a los medicamentos orales.			
6) ¿Recibió alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7) ¿Alguna vez dio positivo en una prueba de COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19?			
8) ¿Recibió terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para el COVID-19?			
9) ¿Tiene el sistema inmunológico debilitado por algo como una infección por VIH o un cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?			
10) ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?			
11) ¿Está embarazada o amamantando?			

NOTA: El farmacéutico repasará estas preguntas con usted antes de aplicar la vacuna. Según sus respuestas, podemos remitirlo a que hable con su médico para asegurarnos de que la vacuna sea adecuada para usted. Si alguna vez tuvo un síncope (desmayo) después de la administración de la vacuna en el pasado, dígaselo al farmacéutico antes de la administración.

Leí o me leyeron las autorizaciones de uso de emergencia (“EUA”) que me dieron. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas y me respondieron todas las preguntas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Doy mi consentimiento para la administración de la vacuna solicitada. Autorizo que esta información se envíe a mi médico de atención primaria, al médico autorizante o al Departamento de Salud local, si corresponde. **Acepto quedarme en el área general durante 15 a 30 minutos después de recibir la vacuna en caso de que ocurra alguna reacción inmediata.** Entiendo que, si tengo algún efecto secundario, soy responsable del seguimiento con mi médico y de pagar los respectivos costos. En mi nombre, en el de mis herederos y en el de mis representantes personales, por la presente libero a la farmacia que administra las vacunas; SUPERVALU INC.; las subsidiarias y afiliadas de SUPERVALU INC.; los respectivos directores, funcionarios, empleados y agentes de SUPERVALU INC. y sus subsidiarias y afiliadas; y el propietario u operador del sitio de la clínica y sus directores, funcionarios, empleados y agentes de cualquier responsabilidad que pudiera surgir de esta vacuna.

Dando mi número de teléfono de casa, trabajo o celular, autorizo a Supervalu, Inc. y a sus agentes a comunicarse conmigo a los números dados, incluso llamándome o enviándome mensajes de texto usando un marcador automático o mensajes pregrabados, para comunicarse conmigo por cualquiera de los productos o servicios de farmacia que recibí de Supervalu, Inc. Esto incluye, entre otros, comunicarse conmigo para darme recordatorios de resurtido y decirme cuándo deben administrarme vacunas en el futuro. Entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos y que tendré la opción de dejar de recibir mensajes futuros u optar por no recibirlos. Entiendo que no estoy obligado a permitir que Supervalu, Inc. y sus agentes se comuniquen conmigo a los números dados arriba para comprar productos o servicios de Supervalu, Inc.