



## Consentimiento para la vacuna Johnson & Johnson COVID-19

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No especificado <input type="checkbox"/> Rechazado | Origen hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Rechazado |
|---|--|

### HISTORIA DE SALUD

|   | SI                       | NO                       | DESCONOCIDO              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Te sientes enfermo? ¿O estuvo expuesto a un paciente confirmado con COVID-19, en cuarentena por exposición a COVID o dio positivo por COVID en los últimos 14 días?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva para COVID-19 o un médico le dijo alguna vez que tenía COVID-19? Fecha _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia)?<br>Por ejemplo, una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o un Epi-Pen o por la que tuvo que ir al hospital. Alergia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de alguna vacuna o medicamento inyectable, incluidos componentes de la vacuna como nanopartículas lipídicas o polietilenglicol (PEG)?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?<br>Fecha _____ Fabricante _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. En los últimos 14 días, ¿ha recibido otras vacunas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Eres menor de 18 años?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene alguna condición de coagulación o está tomando un anticoagulante?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Está amamantando o embarazada?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

Deseo recibir una vacuna contra COVID-19. Yo, el abajo firmante, certifico que soy (a) el paciente y al menos 18 años, (b) el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 18 años de edad, o (c) autorizado para consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Doy voluntariamente mi consentimiento para que Ashley Pediatrics o Industrial Health Works administren la vacuna COVID-19 y entiendo que este producto no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero sí autorizado para uso de emergencia por la FDA bajo una autorización de uso de emergencia. Entiendo los riesgos y beneficios de esta vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Se me ha aconsejado que permanezca cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para observación. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano. Libero y eximo a Ashley Pediatrics o Industrial Health Works de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas, que surjan de, en conexión con o de alguna manera relacionadas con la administración de la vacuna mencionada anteriormente. Ha habido casos raros de un tipo severo de coágulo sanguíneo y niveles bajos de plaquetas en pacientes, de seis a trece días después de la vacunación, pero la FDA y el CDC han determinado que confían en que la vacuna es segura y eficaz para prevenir el COVID-19 con beneficios que superan los riesgos potenciales en personas mayores de 18 años. Entiendo que no hay ningún costo de bolsillo para el paciente por la vacuna o su administración, pero se facturará a mi seguro o al programa no asegurado para cubrir el costo de los servicios prestados.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

#### For Office Use Only:

|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| Manufacturer: J&J | Lot #  | Route: Intramuscular   |
| Dose number #1    | *Exp. Date: ___ / ___ / ___  | *Date Administered: ___ / ___ / ___  |
| Administered by:  | Vaccine Administration Clinic:<br><input type="checkbox"/> Ashley Pediatrics<br><input type="checkbox"/> Industrial Health Works | Injection Site (Deltoid) <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R |
|                   |  | Vaccine Dose: 0.5 ml   |

**ImmTrac2 Immunization Registry**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**  
**DE RETENCIÓN DE INFORMACIÓN**  
**SOBRE EL DESASTRE**



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Apellido del Cliente

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nombre del Cliente

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de Nacimiento del Cliente

\*Uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador debe firmar este formulario si el cliente es menor de 18 años de edad.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Dirección del Cliente

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ciudad

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nombre de la Madre

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Segundo Nombre del Cliente

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Apartamento #

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Estado

|  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Teléfono del cliente

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Condado

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Apellido de Soltera de la Madre

Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad) Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad) ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, ha sido designado como el sistema de información y seguimiento para inmunizaciones, antivirales y otros medicamentos administrados a individuos durante la preparación o respuesta a un desastre o emergencia de salud pública. A partir del momento en que se declare finalizado el evento, ImmTrac2 retendrá la información relacionada con el desastre recibida por profesionales de la salud durante un periodo de 5 años. Al final del periodo de retención de 5 años, la información del cliente relacionada con el desastre se removerá del registro a menos que se dé el consentimiento para retener la información en ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años.

*El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.*

**Consentimiento de retención de información relacionada con el desastre y dar a conocer la información a entidades autorizadas**

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo al DSHS a que retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) más allá del periodo de retención de 5 años. Además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) esté en ImmTrac2, puede ésta por ley ser accedida por:

- las agencias estatales, con el propósito de ayudar con los esfuerzos de prevención y control de enfermedades transmisibles y su coordinación y
- los médicos o demás profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos, para el tratamiento del cliente como paciente.

Entiendo que puedo retirar el consentimiento para retener información en el registro ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

**Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a] si es menor de 18 años de edad) en el registro de inmunizaciones de Texas más allá del periodo de retención de 5 años.**

Cliente (o padre / madre, tutor legal o custodio administrador): \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Notificación Sobre Privacidad:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

**Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.**  
**¿Tiene preguntas?** (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com) • ImmTrac2 DC  
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2

Please enter client information in ImmTrac2 and **affirm** that consent has been granted.  
**DO NOT** fax to ImmTrac2. **Retain this form in your client's record.**



# COVID-19 CUESTIONARIO DEL PACIENTE

1. ¿Ha desarrollado alguno de estos síntomas recientemente?

Marque todo lo que corresponda.

New  Established

¡Notificar al personal inmediatamente!

- Falta de aliento o dificultad para respirar
- Dolor de pecho
- Fiebre
- Escalofríos
- Tos
- Fatiga
- Debilidad muscular o dolores corporales
- Dolor de cabeza
- Nueva pérdida de sabor o olfato
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

Insurance & Member ID

Reason for Visit

Car Color & Make

Medication Allergies

Primary Care Doctor

- SI NO 2. ¿Ha estado expuesto a una persona de quien se sospecha o esta infectada con COVID-19?
- SI NO 3. ¿Está completamente vacunado contra COVID-19?
- SI NO 4. ¿Ha viajado en el último mes?
- SI NO 5. ¿Ha tenido alguna visita o ha visitado recientemente a familiares o amigos?
- SI NO 6. Si visitó a familiares o amigos, ¿todos se "distanciaron socialmente" y usaron una máscara facial?

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia y Teléfono \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida y Teléfono \_\_\_\_\_

Yo, el firmante, certifico que he dado información verdadera, precisa y completa sobre este cuestionario a lo mejor de mi conocimiento.

Questions asked by (initial): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_