



Consentimiento para la vacuna Moderna 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 <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 <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)? 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? 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. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	<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. Entiendo que no hay ningún costo para el paciente por la vacuna o su administración, pero se facturará a mi seguro o al programa de no asegurados para cubrir el costo de los servicios hechos.

FIRMA _____ FECHA _____

For Office Use Only:

Manufacturer: Moderna	Lot # _____	Route: Intramuscular
Dose number <input type="checkbox"/> 1 or <input type="checkbox"/> 2	*Exp. Date: ___ / ___ / ___	*Date Administered: ___ / ___ / ___
Administered by:	Vaccine Administration Clinic: <input type="checkbox"/> Ashley Pediatrics <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)

Grid for last name

Apellido del Cliente

Grid for first name

Nombre del Cliente

Grid for birth date

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.

Género: [] Masculino [] Femenino

Grid for address

Dirección del Cliente

Grid for apartment

Apartamento #

Grid for phone

Teléfono del cliente

Grid for city

Ciudad

Grid for state and zip

Estado

Código Postal

Condado

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for mother's last name

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 • 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 _____