

## Consentimiento para la vacuna Pfizer 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
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Declaro que tengo 18 años o más.

1. Entiendo que la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 es una vacuna que puede prevenir COVID-19. Actualmente, esta vacuna no está aprobada por la FDA para prevenir COVID-19. Esta vacuna ha sido autorizada por la FDA para uso de emergencia para prevenir COVID-19 en personas de 12 años de edad o mayores bajo una Autorización de uso de Emergencia (EUA). Entiendo que la FDA también ha autorizado otros productos de vacunas para uso de emergencia para prevenir COVID-19 bajo una Autorización de uso de Emergencia (EUA).
2. Entiendo que no se recomienda administrar la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 a personas con antecedentes conocidos de una reacción alérgica grave a cualquier componente de la vacuna Pfizer BioNTech COVID-19. Los componentes activos son:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>• mRNA = BNT162b2 RNA</li> <li>• ALC-0159 = 2[(polyethylene glycol) - 2000] - N,N-ditetradecylacetamide</li> <li>• ALC-0315 = (4-hydroxybutyl)azanediyl bis(hexane-6,1-diy)bis(2-hexyldcanoate)</li> <li>• 1,2-Distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine</li> <li>• dibasic sodium phosphate dehydrate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sodium chloride</li> <li>• sucrose</li> <li>• potassium chloride</li> <li>• monobasic potassium phosphate</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Atestiguo que yo, o mi hijo, no hemos tenido reacciones alérgicas graves a los componentes enumerados anteriormente.
3. Entiendo que no se recomienda que una persona reciba la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 si la persona ha tenido una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna. Mi hijo o yo no hemos tenido una reacción alérgica grave a una dosis anterior de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19.
4. Entiendo que los signos de una reacción alérgica pueden incluir sarpullido, dificultad para respirar e hinchazón de la cara, los labios, la lengua, o garganta. Entiendo que si tengo alguno de estos síntomas, debo comunicarme con mi proveedor de atención médica o buscar ayuda médica de emergencia de inmediato.
5. Entiendo que mi hijo/yo tendremos que esperar, según las instrucciones, después de la vacunación para estar en observación.
6. Entiendo que la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 es una serie de vacunas que consta de dos inyecciones administradas con 21 días de diferencia. Entiendo y acepto que yo, o mi hijo, recibiremos la primera y la segunda parte de la serie de vacunas.
7. Entiendo que debo notificar al personal del sitio de vacunación ANTES de vacunarme si me siento enfermo, estuve expuesto a un paciente con COVID confirmado, estoy actualmente en cuarentena por exposición a COVID o si he dado positivo en la prueba de COVID en el pasado 14 días.
8. Entiendo que debo notificar al personal del sitio de vacunación ANTES de la vacunación si he recibido previamente otras vacunas para COVID como Moderna o Johnson & Johnson.
9. Entiendo que las personas inmunodeprimidas, incluidas las personas que reciben terapia inmunosupresora, pueden tener una respuesta inmunitaria debilitada a la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19.
10. Entiendo que es posible que la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 no proteja completamente a todos los que la reciben y no se me han hecho garantías ni promesas con respecto a la eficacia de esta vacuna.
11. Entiendo que los efectos secundarios después de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 incluyen:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>• dolor en el lugar de la inyección</li> <li>• cansancio</li> <li>• dolor de cabeza</li> <li>• dolor muscular</li> <li>• escalofríos</li> <li>• dolor en las articulaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fiebre</li> <li>• hinchazón en el lugar de la inyección</li> <li>• enrojecimiento en el lugar de la inyección</li> <li>• náuseas</li> <li>• sensación general de malestar</li> <li>• ganglios linfáticos agrandados</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12. Entiendo que se han informado reacciones alérgicas graves después de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19.
13. Entiendo que puede haber otros riesgos o complicaciones que aún no se conocen y que solo se conocerán a medida que más personas obtengan la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19.
14. Entiendo que actualmente hay información limitada disponible sobre el uso de esta vacuna en mujeres embarazadas o en período de lactancia. Si yo o mi hija está embarazada, amamantando o podría quedar embarazada, deberé consultar con mi médico o con el médico de mi hija antes de recibir esta vacuna.
15. Entiendo que Ashley Pediatrics Day & Night Clinic o Industrial Health Works, como proveedor de vacunación, debe incluir la información de vacunación mía o de mi hijo en el Sistema de Información de Vacunación (IIS) de la jurisdicción estatal/local u otro sistema designado. Entiendo que Ashley Pediatrics Day & Night Clinic o Industrial Health Works es responsable de compartir datos relacionados con las vacunas COVID-19, incluida la FDA, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y otras agencias estatales y federales, y dicho intercambio de datos puede incluir toda la información personal que he proporcionado sobre mí o mi hijo a Ashley Pediatrics Day & Night Clinic o Industrial Health Works con el propósito de recibir esta vacuna, errores, eventos adversos, casos de MIS en adultos y niños y casos de COVID-19 que resulten en hospitalización o muerte luego de la administración de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 a los receptores.
16. Entiendo que no hay ningún costo de bolsillo para el paciente por la vacuna COVID o su administración. Si tengo seguro, doy permiso para que se facture mi seguro y, si no tengo seguro, acepto que se facture al programa sin seguro para cubrir el costo de los servicios prestados.

**LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:** He leído y entiendo los reconocimientos anteriores, y por la presente libero a Ashley Pediatrics Day & Night Clinic o Industrial Health Works, y a todos sus agentes, empleados, fideicomisarios y representantes, de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas, o desconocido que surja de, en conexión con, o de alguna manera relacionado con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:** Se me ha dado acceso y he leído o me han leído la "Hoja de datos de la FDA EUA para receptores y cuidadores" de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19. Entiendo todos los riesgos descritos en esa hoja informativa. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y todas las preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. Se me ha dado acceso al Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso"). El Aviso explica cómo Ashley Pediatrics Day & Night Clinic o Industrial Health Works pueden usar y divulgar la Información de salud protegida del paciente para el tratamiento. "Información de salud protegida" significa la información de salud personal del paciente que se encuentra en los registros médicos y de facturación del paciente. Si tiene preguntas sobre el Aviso, comuníquese con la Oficina de privacidad al (956) 259-0400. **Tanto la hoja de datos como el aviso de privacidad pueden se puede encontrar en ashleypediatrics.com.**

Por la presente, consiento la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y autorizo a Ashley Pediatrics Day & Night Clinic o a los representantes de Industrial Health Works a administrar la serie de dos dosis de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 a mí o a mi hijo.

Nombre del destinatario de la vacuna (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del destinatario de la vacuna (solo si no es menor de edad): \_\_\_\_\_

**Si firmo en nombre del destinatario de la vacuna, atestiguo de que soy el padre o guardián legal del paciente.**

Nombre del padre/guardián legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only:**

Manufacturer: Pfizer	Lot #	Route: Intramuscular
Dose number <input type="checkbox"/> 1 or <input type="checkbox"/> 2	*Exp. Date: ___ / ___ / ___	*Date Administered: ___ / ___ / ___
Administered by:	Vaccine Administration Clinic:	Injection Site (Deltoid) <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R
	<input checked="" type="checkbox"/> Ashley Pediatrics <input type="checkbox"/> Industrial Health Works	Vaccine Dose: 0.3 ml



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



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for Apellido del Cliente

Apellido del Cliente

Grid for Nombre del Cliente

Nombre del Cliente

Grid for Fecha de Nacimiento 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.

Género: [ ] Masculino [ ] Femenino

Grid for Dirección del Cliente

Dirección del Cliente

Grid for Ciudad

Ciudad

Grid for Nombre de la Madre

Nombre de la Madre

Grid for Segundo Nombre del Cliente

Segundo Nombre del Cliente

Grid for Apartamento #

Apartamento #

Grid for Teléfono del cliente

Teléfono del cliente

Grid for Estado

Estado

Grid for Código Postal

Código Postal

Grid for Condado

Condado

Grid for Apellido de Soltera de la Madre

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 \_\_\_\_\_