

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 la infección por COVID-19. Esta vacuna está actualmente aprobada por la FDA para ciertas edades y ha sido autorizada por la FDA para uso de emergencia para prevenir COVID-19 en otros grupos de edad bajo una autorización de uso de emergencia.
2. Entiendo que no se recomienda administrar la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 a personas con antecedentes conocidos de una grave reacción alérgica a cualquier componente de la vacuna Pfizer BioNTech COVID-19.
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 más de una inyección y es posible que se necesiten dosis de refuerzo en el futuro. Entiendo y acepto que yo o mi hijo recibiremos la serie de vacunas y la(s) dosis(es) de refuerzo cuando haya pasado el tiempo asignado.
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, pero no se limitan a:
 - dolor en el lugar de la inyección
 - cansancio
 - dolor de cabeza
 - dolor muscular
 - escalofríos
 - dolor en las articulaciones
 - fiebre
 - hinchazón en el lugar de la inyección
 - enrojecimiento en el lugar de la inyección
 - náuseas
 - sensación general de malestar
 - ganglios linfáticos agrandados
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 informativa de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech para la vacuna que recibiremos yo o mi hijo. 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, AUTORIZO a 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 vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y las vacunas posteriores contra el 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): _____

Pacientes pediátricos: Si firmo en nombre del destinatario de la vacuna, atestigo 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: <input type="checkbox"/> Pfizer: 6mo-4yr / 5-11yr / 12+yr		Route: Intramuscular	Lot #
Primary Series Dose # _____ Booster # _____	*Exp. Date: ____ / ____ / ____		*Date Administered: ____ / ____ / ____
Vaccine Dose: <input type="checkbox"/> 12+yr Pfizer 0.3 ml <input type="checkbox"/> 5-11yr Pedi Pfizer 0.2 ml <input type="checkbox"/> 6mo-4yr Pedi Pfizer 0.2 ml	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 Administered by:



Texas Department of State Health Services

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



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid of 28 boxes for name entry

Apellido del Cliente

Grid of 28 boxes for name entry

Nombre del Cliente

Grid of 10 boxes 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.

Grid of 28 boxes for second name entry

Segundo Nombre del Cliente

Género: [] Masculino [] Femenino

Grid of 28 boxes for address entry

Dirección del Cliente

Grid of 6 boxes for apartment #

Apartamento #

Grid of 10 boxes for phone number

Teléfono del cliente

Grid of 28 boxes for city entry

Ciudad

Grid of 2 boxes for state

Estado

Grid of 5 boxes for postal code

Código Postal

Grid of 10 boxes for county

Condado

Grid of 28 boxes for mother name

Nombre de la Madre

Grid of 28 boxes for mother surname

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.

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.

- 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.

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.

¡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

New Established

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?
¿Desde cuándo? _____ ¿Qué vacuna? _____

SI NO 4. ¿Has salido positivo en alguna prueba de COVID-19? ¿Cuándo? _____

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 _____