



# INDEPENDENCE

\* MISSOURI \*

## **Consentimiento para la vacuna contra el COVID-19 conforme a la autorización de uso de emergencia**

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

*Apellido:	*Nombre:	Inicial del segundo nombre:
*Fecha de nacimiento / /	*Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
*Raza Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/>	Etnicidad hispana: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No se especifica ninguno <input type="checkbox"/> Se negó a contestar <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/> Se negó a contestar <input type="checkbox"/>	
Dirección:	Ciudad:	
Estado: Código postal:	Teléfono de la casa:	Teléfono celular:
Correo electrónico:	Le gustaría un recordatorio para la siguiente cita Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/> tarjeta postal/llamada/mensaje de texto	

### HISTORIAL DE SALUD

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>DESCONOCIDO</u>
1. ¿Se <b>siente mal/enfermo</b> el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez <b>tuvo una reacción alérgica grave a algo</b> (por ej., anafilaxia)? ¿Por ejemplo, una reacción para la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que requirió que fuera al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez tuvo <b>una reacción grave después de una vacuna o un medicamento inyectable</b> , incluyendo una dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿En los últimos 14 días, ha <b>tenido contacto con un paciente con un diagnóstico confirmado de COVID-19</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está <b>amamantando</b> o <b>embarazada</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha <b>recibido terapia pasiva con anticuerpos</b> como tratamiento para el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está <b>inmunodeficiente</b> ? (Toma medicamentos o recibe tratamiento contra el cáncer, la leucemia, el VIH/SIDA u otros problemas del sistema inmunitario o toma medicamentos que afecten su sistema inmunitario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene un <b>trastorno hemorrágico</b> o <b>toma anticoagulantes</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez ha <b>recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**\*N.B.: Por favor, asegúrese de llenar y firmar el Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad en la siguiente página.**



# INDEPENDENCE

\* MISSOURI \*

## Consentimiento para la vacuna contra el COVID-19 conforme a la autorización de uso de emergencia

La Ley de Preparación Pública ante Emergencias (PREP, por sus siglas en inglés) autoriza al CICP a ofrecer beneficios a determinadas personas o estados de personas que sufran una lesión física grave cubierta, como consecuencia directa de la administración o del uso de contramedidas cubiertas. El CICP también puede ofrecer beneficios a determinados sobrevivientes de personas que mueran como consecuencia directa de la administración o del uso de contramedidas cubiertas identificadas en la declaración de la Ley PREP. La declaración de la Ley PREP relativa a las contramedidas contra el COVID-19 indica que las contramedidas cubiertas consisten en cualquier medicamento antiviral, cualquier otro fármaco, cualquier producto biológico, cualquier diagnóstico, cualquier otro dispositivo o cualquier vacuna que se utilicen para tratar, diagnosticar, curar, prevenir o mitigar el COVID-19, la transmisión del SARS-CoV-2 o una mutación del virus SARS-CoV-2, o cualquier dispositivo que se use para la administración, y en todos los componentes y materiales que lo componen, de todo producto de ese tipo. Puede obtener información sobre el CICP y sobre cómo presentar una reclamación llamando al 1-855-266-2427 o en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/pfizer-biontech-covid-19-vaccine>

FAVOR DE ESCRIBIR EL NOMBRE CON LETRA DE MOLDE de la firma a continuación		
FIRMA DEL PACIENTE	RELACIÓN CON EL CLIENTE	FECHA DE HOY
<b>CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b>		
Yo, _____, confirmo y acepto que he recibido o me han informado sobre el Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud de Missouri y <i>Escriba su NOMBRE EN LETRA DE MOLDE AQUÍ</i>		
Los Servicios para Personas de la Tercera Edad y dónde puedo conseguir todas las modificaciones que se hagan a este aviso.		
<i>Firma del cliente/del representante legal</i>	<i>Relación con el cliente</i>	<i>Fecha de hoy</i>

### For Clinic Use only

<b>Manufacturer</b>	<b>Brand</b>	<b>Lot number</b>
<b>Dose number</b> 1 <input type="checkbox"/> or 2 <input type="checkbox"/>	<b>*Exp. Date:</b> ___/___/___	<b>*Date Administered:</b> ___/___/___
<b>*EUA fact sheet</b> date: ___/___/___	<b>*EUA fact sheet given</b> date: ___/___/___	<b>Injection Site (Deltoid)</b> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
		<b>Vaccine Dose</b> _____
<b>*Administered by Name &amp; Title :</b>		
<b>*Agency:</b>		
<b>*Agency Address</b>		
<b>*Clinic administration address</b>		