

Tri-Cities Community Health

Reconocimiento Contra la Vacuna COVID-19

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

de Teléfono: _____ Celular: _____ Email: _____

Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Reconocimientos:

- Tomé la decisión de recibir la vacuna contra el COVID-19 libremente y por sí mismo(a). Entiendo que tengo la opción de rechazar la vacuna. Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada en este formulario por quien yo la solicito. Reconozco que me entregaron la Fact Sheet for Vaccine Recipients and Caregivers (el Formulario Informativo para los Receptores y Cuidadores) de esta vacuna. El formulario incluye información sobre los efectos secundarios y las reacciones adversas. Yo leí o alguien me leyó la información proporcionada sobre la vacuna contra el COVID-19.
• Reconozco que la Food and Drug Administration (FDA) (la Administración de Alimentos y Medicamentos) ha autorizado el uso en emergencias de esta vacuna. Reconozco que no está autorizada totalmente por la FDA. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas satisfactoriamente. He recibido información sobre la vacuna, las alternativas, los beneficios, y los riesgos conocidos y desconocidos hasta ahora.
• Entiendo que después de recibir la vacuna, debo permanecer en el área de vacunar o en el área que el médico me haya indicado, para poder recibir atención médica si llego a tener alguna reacción adversa. Si tengo historial de una reacción alérgica severa (p. ej. anafilaxia) debo permanecer en el área durante 30 minutos. Si no tengo historial de una reacción alérgica severa, debo permanecer en el área durante 15 minutos.
• Entiendo que, si tengo alguna reacción alérgica severa, incluyendo dificultad para respirar, inflamación de mi cara y/o garganta, palpitaciones rápidas, sarpullidos en todo mi cuerpo o mareo y debilidad, debo llamar al 9-1-1 o acudir al hospital más cercano. Entiendo que puedo llamar a mi médico si llego a tener efectos secundarios molestos o que no disminuyen.
• Me ofrecieron a registrarme en el programa V-SAFE. Este programa hace chequeos de salud a las personas que reciben la vacuna contra el COVID-19. Entiendo que debo reportar efectos secundarios a la FDA/CDC Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) (Sistema de Reporte de Eventos Adversos de la Vacuna del Centro de Control y Prevención (CDC)) al número 1-800-822-7967 o a la página web https://vaers.hhs.gov/reportevent.html.
• Reconozco que debo recibir dos dosis de la vacuna contra el COVID-19 y debo recibir la misma vacuna las dos veces. Entiendo que al igual que con otras vacunas, no se garantiza que voy a ser inmune o que no vaya a tener efectos secundarios. Entiendo que puedo elegir no recibir la segunda dosis de la vacuna. Pero si no recibo la segunda dosis, la probabilidad de obtener inmunidad disminuirá.

Divulgación de Récor ds: Entiendo que la organización que proporciona mi vacuna pueda ser requerida, o voluntariamente decida, divulgar mi información relacionada con la vacuna a registros estatales o federales u a otras autoridades de salud pública, para propósitos de tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. También entiendo que la organización que proporciona mi vacuna divulgará mi información de salud como lo es descrito en su Notice of Privacy Practices (Aviso de Prácticas de Privacidad), la cual puedo recibir si la solicito o puedo encontrarla en su página web. Si soy empleado de Tri-Cities Community Health, entiendo que mantendrán mi récord de vacunas en WAHS y quizás puedan mantener mis récor ds de vacunas en los récor ds de salud ocupacional de los empleados de Tri-Cities Community Health, según sea requerido o permitido por la ley.

Firma: _____ Fecha: _____

Todas las secciones posteriores son solamente para uso oficial:

Vaccine Administration Information for Immunizer:
Administration date: _____ Administration time: _____ Location: _____
Manufacturer: _____
Dose number: 1st _____ 2nd: _____
Lot number: _____
Dose (mL): _____
Administering site on the body: Left deltoid [] Right deltoid [] Other [] (indicate location) _____
Vaccine expiration date: _____
Vaccine route of administration: _____ IM _____
Vaccination series complete (date): _____
Fact Sheet for Vaccine Recipients and Caregivers version date: 12/20/2020 or 2/7/2021
Vaccinator Signature: _____ Vaccinator Name _____

Evaluación y Reconocimiento de la Vacuna

Específico de las vacunas COVID19, autorizadas bajo una autorización de uso de emergencia

Nombre (Apellido, Nombre): _____ Fecha de Nac: _____

Teléfono: _____ Domicilio: _____

Organización y Lugar: _____ Email: _____

| Por favor conteste todas las siguientes preguntas de evaluación: | Sí | No | Periodo de observación |
|---|----|----|-----------------------------|
| ¿Ha recibido cualquier otra vacuna durante los últimos 14 días? <i>Si sí, aplase la vacuna.</i> | | | |
| ¿Tiene una reacción alérgica severa (anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna mRNA contra el COVID-19? <i>Si sí, no administre la vacuna.</i> | | | N/A |
| ¿Es usted menor de 18 años de edad? <i>Si sí, no administre la vacuna.</i> | | | N/A |
| ¿Tiene historial de una reacción alérgica severa (anafilaxia) a alguna otra vacuna o medicamento inyectable? <i>Si sí, se requiere una nota del médico.</i> | | | Nota del médico requerida |
| ¿Tiene historial de una reacción alérgica severa (anafilaxia) debido a cualquier otra causa (no vacunas o medicamento inyectable)? <i>Si sí, puede administrar la vacuna.</i> | | | 30 minutos |
| ¿Tiene alergias leves a moderadas (no anafilaxia) a alimentos, mascotas, ambientales, al látex, u otras alergias no relacionadas con vacunas o terapias inyectables? <i>Si sí, puede administrar la vacuna.</i> | | | 15 minutos |
| ¿Está embarazada, amamantando, o tiene una condición inmunocomprometida? <i>(Se requiere una nota del médico aprobando la vacuna).</i> | | | Se requiere nota del médico |
| ¿Actualmente tiene síntomas del COVID19 (calentura, tos, dificultad para respirar) u otra enfermedad moderada a severa? <i>Aplase la vacuna.</i> | | | N/A |
| ¿Ha recibido anticuerpos o plasma como parte del tratamiento para COVID19 durante los últimos 90 días? <i>Si sí, aplase la vacuna.</i> | | | N/A |
| ¿Ha recibido una copia del Formulario Informativo de la Autorización para Uso en Emergencias? | | | |
| ¿Ha recibido información sobre VSafe? | | | |