

# Formulario de consentimiento de la vacuna COVID-19 para niños menores de 18 años o adultos con cuidado

**Por favor, imprima información sobre el paciente para recibir la vacuna**

NOMBRE DEL PACIENTE (Último)		(Primero)	(M.I.)	SUFIJO (por ejemplo. Jr, III)
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	EDAD <sup>†</sup>		TELÉFONO <input type="checkbox"/> Celular (    ) <input type="checkbox"/>	Inicio
CIUDAD		ESTADO		
RAZA <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros				

**Relación tutora con el cliente:**  Padre  Madre  Tutor legal  Otros

Entiendo que la vacuna COVID-19 es una vacuna voluntaria que se administra actualmente bajo el estado de Autorización de Uso de Emergencia y solo un padre o tutor legal tiene la autoridad para dar su consentimiento para que un menor o adulto cuide reciba esta vacuna. Al firmar este formulario, certifico que tener la autoridad legal para hacerlo en nombre del paciente identificado anteriormente e indemnizará al Departamento de Salud de Oklahoma City-County contra los desafíos a este consentimiento o mi estado como legalmente capaz de proporcionar el consentimiento para esta vacuna.

**Identificación estatal o federal del tutor #** \_\_\_\_\_

Detección de elegibilidad para la vacuna	SÍ	NO
¿Alguna vez el paciente ha recibido una dosis de la vacuna Covid-19 de Pfizer-BioNTech?		
¿Alguna vez el paciente ha tenido una reacción alérgica a: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> un componente de una vacuna contra la COVID-19, que incluya cualquiera de los siguientes:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia</li> <li>-polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, comprimidos recubiertos con película y esteroides intravenosos <input type="checkbox"/> una dosis previa de la vacuna contra la COVID-19</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> una vacuna o terapia inyectable que contiene múltiples componentes, uno de los cuales es un componente covid-19, pero no se sabe qué componente provocó la reacción inmediata</li> <li><input type="checkbox"/> ¿otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o un medicamento inyectable?</li> </ul>		
¿Alguna vez el paciente ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea una vacuna o un medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, veneno, ambientales o medicamentos orales.		
¿El paciente tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis?		
¿Alguna vez el paciente ha tenido COVID-19 y ha sido tratado con anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente?		

Firma del \_\_\_\_\_ Date de Padres/Tutores: \_\_\_\_\_

Por favor, imprima la name\_ de Padres/Tutores \_\_\_\_\_

<b>SOLO USO DE OFFICE: NO ESCRIBA A CONTINUACIÓN</b>		
Pregunte antes de la administración:		
¿El cliente padece una enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N ¿Está embarazada la cliente? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
El cliente completó las preguntas de selección del fabricante: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Fabricante de la vacuna:	Sitio:	Número de dosis: <input type="checkbox"/> 1 <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>a</sup>
Lote #:	<input type="checkbox"/> LT DELTOIDE IM	EUA*/VIS dado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Fecha exp.:	<input type="checkbox"/> RT DELTOID IM	¿Reacción? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	<input type="checkbox"/> LT VASTO LAT IM	
	<input type="checkbox"/> RT VASTO LAT IM	
Firma del proveedor:		

Nombre del cliente (último, primero, MI) \_\_\_\_\_