

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 2020-2021

NOMBRE LEGAL IMPRESO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

DIRECCIÓN: _____ NÚMERO DE TEL: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ NÚMERO DE TEL : _____

INFORMACIÓN

Entiendo que se ha planeado el siguiente tratamiento para mí: Vacunación con la vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 y la vacuna contra el COVID -19 Moderna. La vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 está hecha de un ARN mensajero modificado con nucleósidos (ARNmod) que codifica la glicoproteína (S) de pico viral del SARS-CoV-2. Cada dosis intramuscular de 0,3 ml de la vacuna COVID-19 Pfizer-BioNTech 2020-2021 contiene los siguientes ingredientes: lípidos de ARNm ((4-hidroxi-butil) azanediil) bis (hexano-6,1-diil) bis (2hexildecanoato), 2- [(polietilenglicol) -2000] -N, N-ditetradecilacetamida, 1,2-diestearoil-snglicero-3-fosfocolina y colesterol), cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, fosfato de sodio dibásico dihidratado y sacarosa.

La vacuna Moderna contra el COVID-19 contiene los siguientes ingredientes: ácido ribonucleico mensajero (ARNm), lípidos (SM-102, polietilenglicol [PEG] 2000 dimiristoil glicerol [DMG], colesterol y 1,2-diestearoil-sn-glicero-3 -fosfocolina [DSPC]), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato de sodio y sacarosa. Se obtendrá una dosis única de la vacuna de una ampolleta multidosis.

RIESGOS Y BENEFICIOS

Así como existen muchos riesgos y peligros por no tomar la vacuna, entiendo que también existen riesgos y peligros relacionados con esta vacuna. Entiendo que no se me ha otorgado ninguna garantía. Una vacuna, como cualquier medicamento, podría causar problemas graves, como reacciones alérgicas graves. Las reacciones alérgicas potencialmente mortales a las vacunas son muy raras. Si ocurren, generalmente suceden entre unos minutos y unas horas después de la inyección.

Si ocurre algún efecto secundario, generalmente comienza poco después de la inyección y dura de 1 a 2 días. Los efectos secundarios más comunes de las vacunas contra el COVID-19 son:

- *Reacciones en el lugar de la inyección (dolor, enrojecimiento, hinchazón) *Fatiga *Fiebre *Dolor de cabeza *Dolor muscular
- *Escalofríos *Dolor en las articulaciones* Linfadenopatía *Náuseas *Malestar

Háganos saber si tiene alguno de los siguientes:

- ___ Sí ___ No Tuve una reacción alérgica cuando recibí la primera dosis de la vacuna.
- ___ Sí ___ No He tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a cualquier componente de las vacunas enumeradas anteriormente o al polisorbato.
- ___ Sí ___ No He tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a alguna vacuna u otro medicamento o alimento inyectable.

Por favor identifique en qué categoría de fase se encuentra (elija solo una)

- 1A Trabajadores de la salud que corren mayor riesgo ya que tienen contacto directo con pacientes con COVID o el personal / residente de asilos de ancianos
- 1B Personas mayores de 70 años, trabajadores de la salud de riesgo moderado, personal de primeros auxilios, trabajadores esenciales de primera línea y empleados que sirven en la continuidad del gobierno estatal.
- 2 Personas de 65 a 69 años, Personas de 16 a 64 años con afecciones de salud subyacentes, otros trabajadores esenciales y otros trabajadores gubernamentales, personas que recibieron el placebo en un ensayo clínico.
- 3 Miembros del público en general de 16 a 64 años (Pfizer) de 18 a 64 años (Moderna)

Yo, el abajo firmante, por la presente libero a los empleados, agentes, afiliados y contratistas independientes Upper San Juan Health Services District de toda responsabilidad que surja de o de alguna manera esté relacionada con la recepción de la vacuna contra el COVID-19. Entiendo que la información sobre mi recepción de esta vacuna se proporcionará al Sistema de Información de Inmunización de Colorado (CIIS). Entiendo que es posible que me vacunen en grupo y que se me pida que espere en un lugar público. Me han entregado la hoja de datos para destinatarios y cuidadores y el cuestionario ¿Debería recibir la vacuna contra el COVID 19? La he leído o me la han leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella. Solicito que se me administre la vacuna contra el COVID 19 2020-2021.

FIRMA

FECHA

FOR STAFF USE ONLY:

Injection Site: IM, (check one)		Manufacturer/Brand/Dose (check one):	
<input type="checkbox"/> Right Deltoid	<input type="checkbox"/> Left Deltoid	<input type="checkbox"/> Pfizer/BioNTech 1 st dose _____ 2 nd dose _____	<input type="checkbox"/> Moderna 1 st dose _____ 2 nd dose _____
Place sticker here		Lot #:	Expiration Date:
		SIGNATURE AND TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR:	
		Date of Injection:	