

Community Health Centers of South Central Texas, Inc.
Formulario de consentimiento y reconocimiento de la vacuna
COVID-19

Marque uno:					
<input type="checkbox"/> J&J/Janssen One Dose <input type="checkbox"/> Moderna 1st Dose <input type="checkbox"/> Moderna 2nd Dose					
Apellido:		Nombre:		Telefono:	
Direccion de casa:			Ciudad/Estado/Codigo Postal:		
Fecha de nacimiento:	Estado civil:			Sexo:	
	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viuda			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	
Raza: (marque todas las que correspondan):				Etnicidad Hispano:	
<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Nativo de Hawaii/Otra isla del pacifico <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Número de seguro social:			Licencia de conducir / número de identificación:		
Estado de Empleo:			Empleador (si corresponde):		
Informacion de Aseguranza					
Nombre de la principal compañía aseguranza:		Número de póliza:		Número de grupo:	
Nombre del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento	Número de seguro social:		
RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARQUE LA COLUMNA APROPIADA				Si	No
¿Te sientes enfermo/enferma hoy?					
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué producto de vacuna? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro Producto:					
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave? Por ejemplo, ¿una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o por la que tuvo que ir al hospital?					
¿Ha tenido una prueba de COVID-19 positiva o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19?					
¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19?					
¿Tiene un sistema inmunológico debilitado o toma algún medicamento que lo afecte?					
¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?					
Solo Pacientes Mujeres					
¿Está embarazada o planea quedar embarazada?					
¿Estas amamantando?					
Doy mi consentimiento para la administración de la vacuna COVID-19 y reconozco y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones: <ul style="list-style-type: none"> • He recibido la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) para destinatarios y cuidadores de la vacuna COVID-19 (la “Hoja de datos”) • He leído la hoja informativa o me la han leído. • La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de la 					

Community Health Centers of South Central Texas, Inc.
Formulario de consentimiento y reconocimiento de la vacuna
COVID-19

vacuna COVID-19, que no es una vacuna aprobada por la FDA. En este momento, no existe una vacuna aprobada por la FDA para prevenir COVID-19.

- Entiendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna COVID-19 y hasta qué punto se desconocen dichos beneficios y riesgos.
- Reconozco que tengo la opción de rechazar la vacunación y se me ha informado sobre las alternativas disponibles a la vacuna COVID-19 y los riesgos y beneficios de las alternativas disponibles.
- Receptoras que están embarazadas o en período de lactancia: las personas embarazadas y en período de lactancia no se incluyeron en los ensayos clínicos de la vacuna COVID-19. He discutido los riesgos potenciales de la infección por COVID-19 versus el riesgo de la vacunación con mi proveedor de atención médica y he tomado la decisión informada de recibir la vacuna COVID-19.
- Entiendo que se recomienda que permanezca en la clínica de vacunación durante quince (15) minutos después de administración de la vacuna para observación (el "Período de seguimiento") para asegurar que no experimente una reacción adversa y para tratar las reacciones adversas que puedan surgir. Los receptores que tienen antecedentes de anafilaxia deben ser monitoreados durante treinta (30) minutos después de la vacuna.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente.

Si experimenta una reacción adversa a la vacuna COVID-19, comuníquese con su proveedor de atención primaria o preséntese en el departamento de emergencias más cercano. Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

Firma del receptor / representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso:

Si lo firma un representante autorizado, indique la relación con el receptor:

SOLO PARA USO CLINICO NO ESCRIBA DESPUES DE ESTA LINEA

Manufacturer		Lot Number:				
Injection Site		Expiration Date:				
Right Deltoid	<input type="radio"/>					
Left Deltoid	<input type="radio"/>					
Vaccine Administrator Print Name:		Date:	RN	LVN	MA	MD
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaccine Administration Location:						
<input type="checkbox"/> GCHC <input type="checkbox"/> LCHC <input type="checkbox"/> SFHC <input type="checkbox"/> VCHC <input type="checkbox"/> BCHC <input type="checkbox"/> BISD <input type="checkbox"/> FHCE <input type="checkbox"/> LKFP						

Monitoring period completed and no adverse reaction noted.

Recipient declined Monitoring period. Waiver completed.

Signature of Observer: _____

COVID-19 Acknowledgement and Consent form and Monitoring Period Waiver (if applicable) emailed to QI@chcsct.com (for recipients who are CHCSCT employees only)



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS



(Llene a mano claramente)

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Fecha de nacimiento, Sexo, Teléfono, Correo electrónico

Dirección, Núm. de apartamento o edificio

Ciudad, Estado, Código postal, Condado

Nombre de la madre, Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan), Grupo étnico (seleccione solo una)

El Registro de Inmunización de Texas es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública...

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas. Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS...

La ley estatal permite la inclusión en el ImmTrac2 de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos (mayores de 18 años). Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia médica...

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas.

La persona (o su representante legalmente autorizado): Nombre escrito a mano, Firma, Fecha

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta.

¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac 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.