

Formulario de consentimiento para la vacunación contra el COVID-19

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS): _____

NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO: _____

SECCIÓN 2: VACUNA CONTRA EL COVID-19

Seleccione el motivo por el que usted, o el paciente que lo acompaña, está recibiendo la vacuna contra el COVID-19 hoy:

No he sido vacunado ni he completado una serie de vacunas contra el COVID-19.

Completé una serie de vacunas contra el COVID-19, pero tengo con una afección de salud de alto riesgo u otra afección que me hace elegible para una dosis adicional.

- He estado recibiendo tratamiento activo contra el cáncer para tumores o cáncer de la sangre
- Recibí un trasplante de órgano y estoy tomando medicamentos para inhibir el sistema inmunológico
- Recibí un trasplante de células madre en los últimos 2 años o estoy tomando medicamentos para inhibir el sistema inmunológico
- Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (como síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich)
- Infección por VIH avanzada o no tratada
- Tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas (≥ 20 mg de prednisona o equivalente por día) u otros medicamentos que pueden inhibir la respuesta inmunológica
- Recibí una vacuna con licencia en otro país (como la vacuna AstraZeneca, la vacuna Sputnik V o la Sinovac) como parte del trabajo y la vida en el extranjero.
- Recibí una vacuna contra el COVID-19 que aún no tiene licencia en los EE. UU. (como la vacuna AstraZeneca) como voluntario en un ensayo clínico formal de eficacia de la vacuna.

Soy elegible para una dosis de refuerzo

- Soy mayor de 18 años y recibí
 - la vacuna de Johnson & Johnson hace al menos dos meses o
 - la segunda dosis de la vacuna de Pfizer o Moderna hace al menos seis meses

SECCIÓN 3: FIRMA

Al firmar a continuación, declaro que

- Soy el paciente y que tengo al menos 18 años de edad, o el padre/la madre o el tutor legal del paciente.
- Se me ha entregado una copia de la Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por su sigla en inglés) para receptores de vacunas o la Declaración de información sobre vacunas para la vacuna contra el COVID-19 que recibiré el día de hoy.
- He leído y comprendo la información contenida en el Acuerdo de la UE para los receptores de vacunas o en la Declaración de información sobre vacunas.
- Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas sobre la vacuna contra el COVID 19.
- Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y solicito que la vacuna se administre a la persona nombrada anteriormente respecto a la cual tengo autorización para dar el consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS): _____

FECHA EN QUE SE FIRMÓ EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO: _____