

Registro de administración de la vacuna COVID-19 y consentimiento informado

Sección A Información Personal

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Género: Femenino Masculino No binario Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

(Marque todos que correspondan) La persona que recibirá la vacuna COVID-19 es:

Adulto (mayor de 18 años) Menor de edad con padre con custodia o tutor legal

Menor de edad que es (circule uno):

emancipado por un tribunal embarazada casado(a) padre menor sin un padre/tutor legal

He recibido y leído las hojas informativas de autorización de uso por emergencia para destinatarios y cuidadores:

Sí No

Sección B Elegibilidad para la vacuna del COVID-19*

| | | | |
|----|---|----|----|
| 1. | ¿Usted se encuentra en cuarentena como resultado de la exposición confirmada a un caso de COVID-19 o está esperando los resultados de una prueba porque tiene síntomas? | Sí | No |
| 2. | ¿Tiene alguno de los síntomas del COVID o algún síntoma parecido a los de la gripe, como fiebre, escalofríos, fatiga, secreción nasal abundante, tos, dolor de cabeza intenso, dolor de garganta, dolores corporales, dificultad para respirar o pérdida reciente del gusto/olfato? | Sí | No |
| 3. | ¿Ha tenido alguna reacción alérgica severa (por ejemplo, anafilaxia) a algún componente de la vacuna COVID-19 (para la vacuna Pfizer: ARNm, lípidos inyectables, cloruro de potasio, fosfato de potasio, cloruro de sodio, fosfato de sodio o sacarosa) (para la vacuna Moderna: ARNm, lípidos (grasas), acetato de sodio, sacarosa, trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético)? | Sí | No |
| 4. | ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a una vacuna contra el COVID-19? | Sí | No |
| 5. | ¿Es menor de 18 años? Para personas entre 6 meses y 17 años, consulte a continuación ** | Sí | No |

* Si respondió "Sí" a las preguntas 1 a 4, no se recomienda la vacuna COVID-19 y no se debe recibir. Consulte con su proveedor de atención primaria.

** Si tiene entre 6 meses y 17 años, su padre con custodia o un tutor legal puede dar su consentimiento en su nombre y firmar este formulario; menores de edad no pueden dar su consentimiento para recibir la vacuna al menos que estén emancipados por un tribunal, estén embarazadas, casados, sean padres menores de edad o un "menor que busque atención primaria" con verificación de estado por escrito por un adulto calificado bajo la Ley de Consentimiento de Menores de California.

Para CUALQUIER otra persona, incluyendo menores: Además de dar mi consentimiento a continuación, me comprometo a eximir de toda responsabilidad al Departamento de Salud Pública del condado de Ventura ante cualquier reclamo, demanda (válida o no), daño, pérdida, acción, procedimiento, multa, responsabilidad y gasto, incluidos, entre otros, los

honorarios de abogados, que surjan o se presuma que surjan, total o parcialmente, de lo siguiente: (1) la administración de la vacuna contra el COVID-19, y (2) cualquier reacción adversa o efectos secundarios como resultado de la administración de la vacuna contra el COVID19.

Sección D Consentimiento para la vacunación contra el COVID-19

Por la presente, doy mi consentimiento libremente para que se me aplique la vacuna contra el COVID-19, que está autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos para uso exclusivo en caso de emergencia. Certifico que he revisado y entiendo completamente la información incluida en la Hoja informativa de autorización de uso por emergencia para receptores y cuidadores, que contiene información importante sobre los riesgos y beneficios conocidos de la vacuna contra el COVID-19, los riesgos que la Administración de Alimentos y Medicamentos aún no conoce y las vacunas alternativas contra el COVID-19. Asimismo, certifico que el receptor cumple con los requisitos vigentes para recibir la vacuna contra el COVID-19. Entiendo y acepto que tengo la responsabilidad exclusiva de analizar con mi proveedor de atención primaria cualquier inquietud que tenga sobre la vacuna contra el COVID-19. Después de considerar cuidadosamente toda la información que he recibido, asumo de manera voluntaria toda la responsabilidad por cualquier reacción adversa o efecto secundario, conocidos o desconocidos, que pudiera producirse como resultado de la aplicación de la vacuna contra el COVID-19.

Sección E Firma del consentimiento y descargo de responsabilidad en relación con la aplicación de la vacuna

Firma del destinatario / padre / tutor legal: _____

Fecha: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Relación de la parte consintiente con el menor, si corresponde: _____

Intérprete certificado, si se utilizó: _____ N.º de identificación#: _____

FOR HEALTHCARE PROVIDER ONLY (PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA ÚNICAMENTE)

(Complete **BEFORE** vaccination administration)

Vaccine Lot#: _____ Exp. Date: _____

Diluent Lot#: _____ Exp. Date: _____

I have reviewed Sections A and B above, the vaccination NDC, Lot and Expiration date. Initial: _____

Complete **AFTER** vaccine administration:

| Vaccine | NDC | Mfq | Dosage | Admin. Site | EUA Fact Sheet Publication Date (mm/yy) |
|---------|-----|-----|--------|-------------|---|
| | | | | | |

I have provided the patient with the appropriate documentation and information Initial: _____

Clinician's name: _____ Clinician's signature: _____

Administration date: _____ Date EUA Fact Sheet and Vaccine card given to patient: _____