

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA PFIZER-BIONTECH

Por favor complete ambos lados del formulario de consentimiento y devuélvalo a la escuela.

Se requiere la INICIAL del padre/tutor para todas las preguntas.

	SI	NO
Doy permiso para que mi hijo(a) reciba la vacuna Pfizer-BioNtech COVID-19 en el Centro de Salud escolar.		
Mi hijo(a) puede recibir la vacuna <u>sin</u> la presencia del padre/tutor. Si inicia “no”, planeo estar presente en la cita de su hijo(a).		
¿Su hijo tiene un trastorno hemorrágico severo o está tomando un anticoagulante?		
¿Tiene su hijo(a) algún problema con su sistema inmunológico?		
¿Su hijo(a) ha recibido alguna vacuna en los últimos catorce (14) días?		
Algunas veces su hijo(a) ha tenido una reacción a una dosis anterior de la vacuna COVID-19 o a un componente de la vacuna COVID-19, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia; • Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, comprimidos recubiertos con película y esteroides intravenosos. 		
¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o a un medicamento inyectable?		
¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez una reacción alérgica severa (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, o alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, veneno, ambientales o medicamentos orales y/o ¿cargan un Epi-Pen para una alergia severa?		
Su hijo(a) ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?		
¿Está su hija embarazada o amamantando?		

He leído o me han explicado la información de la *Autorización de uso de Emergencia de la Vacuna Pfizer-BioNtech COVID-19* (<https://www.fda.gov/media/144413/download>). Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNtech y pido que la vacuna se le administre a la persona nombrada a continuación para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, procedimiento o inmunización, existe la posibilidad de reacciones adversas o efectos secundarios de la vacuna que se está administrando. Autorizo a FHCHC a registrar la administración de mis vacunas en el condado, el estado o cualquier entidad gubernamental según lo requiera la ley.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE:
Firma de la persona autorizada para realizar esta solicitud (padre o tutor):	
X _____	FECHA: _____
RELACION CON EL ESTUDIANTE:	NUMERO DE TELEFONO:

FORMULARIO DE REGISTRO DE VACUNA COVID

Nombre del paciente

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Correo Electrónico:	
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Número de Teléfono:

¿Tiene seguro médico?	Si	No	Nombre de la compañía:
Nombre del Suscriptor/Garante:	Fecha de Nacimiento del Suscriptor/Garante:		Relación
Número de Póliza:		Número de Grupo:	

Estado del seguro

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para que mi hijo sea tratado como paciente de Fair Haven Community Health Clinic, Inc. ("FHCHC") con el fin de recibir atención y tratamiento. Todos los servicios de FHCHC se brindan únicamente de forma voluntaria. Entiendo y acepto que: (i) FHCHC es un centro de salud calificado federalmente con una función docente y los estudiantes pueden participar en la observación y la atención a menos que yo no esté de acuerdo; (ii) los proveedores clínicos tienen privilegios para ejercer en FHCHC, pero no todos los médicos son empleados de FHCHC; (iii) Tengo derecho a dar mi consentimiento o rehusarme a dar mi consentimiento para cualquier procedimiento o tratamiento terapéutico propuesto, y que la discusión de los riesgos, beneficios y alternativas de cada procedimiento o tratamiento esté disponible para mí; (iv) se pueden tomar fotografías u otras imágenes de mí para fines de documentación clínica, según lo considere apropiado mi médico. Entiendo que estas imágenes se almacenarán de manera segura que protegerá mi privacidad.

Entiendo que si FHCHC no es mi hogar médico, no estoy creando una relación de paciente con FHCHC al participar en la clínica de vacunación y acepto buscar consejo médico, atención y tratamiento de mi médico clínico con preguntas o inquietudes adicionales que pueda tener.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Entiendo que FHCHC puede divulgar toda la información médica necesaria para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

CONSENTIMIENTO PARA FACTURAR: Por la presente autorizo y ordeno a mi compañía de seguros que pague los beneficios por los servicios prestados directamente a FHCHC.

COMUNICACION A TRAVÉS DEL TELÉFONO: Si he proporcionado un número de teléfono como contacto telefónico principal, por la presente autorizo a FHCHC, junto con sus respectivos empleados y socios comerciales, a comunicarse conmigo por teléfono, mensaje de texto o aplicaciones móviles por cualquier motivo, incluidos, entre otros, , notificaciones automáticas y recordatorios de citas. Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a FHCHC a comunicarse conmigo por teléfono o mensaje de texto. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento llamando a la línea principal 203-777-7411 y hablando con un representante del Centro de llamadas.

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente o Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____