

# COVID-19 VACCINE CONSENT FORM



## Sección 1: Información de la Persona Quien va a Recibir la Vacuna (imprima su nombre)

Nombre Legal:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género (circule): Masculino Femenino
Raza (circule): Blanco / Negro o Afroamericano / Asiático / Indio Americano o Nativo de Alaska / otro Isleño Pacífico		Etnicidad (circule): No es Hispano / Hispano	
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Seguro de Saludo: Sí No		
Apellido de soltera de su Mamá (antes de matrimonio) y primer nombre:			

## Sección 2: Cuestionario de Detección

¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna contra COVID-19?  
(circule): Sí No

## Sección 3: Consentimiento

**I understand I either have or will receive the Emergency Use Authorization (EUA) fact sheet prior to the administration of the vaccine and have the ability to revoke consent at any time.**

Your signature indicates that you have given consent to Community Action and its staff for the person name above to be vaccinated with this vaccine.

Client Signature OR the Signature of Parent / Legal Guardian:

X \_\_\_\_\_ Relationship:

Date:

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.**  
**FOR OFFICE USE ONLY**

## Section 4: Vaccine Administration Record

Injection Site (Deltoid) please circle: Left Right	Manufacturer (please circle): <u>Pfizer</u> Moderna AstraZeneca Johnson & Johnson
	Lot#:
	Exp:

The vaccine administrator's signature below attests that the vaccine recipient's identity has been confirmed and that the vaccine recipient has been properly screened according to the CDC guidelines and recommendations.

Vaccine Administrator (signature):

Date:

# Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

1. ¿Se siente enfermo hoy?

Sí	No	No sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?

Pfizer       Moderna       Janssen  
(Johnson & Johnson)       Otra \_\_\_\_\_

• ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?

*(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).*

• Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes:

o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?

*(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).*

5. Marque todo lo que corresponda:

Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.

Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años.

Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.

Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.

Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.

Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.

Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej. por infección por el VIH, cáncer) o recibo medicamentos o terapias inmunodepresoras.

Tengo un trastorno hemorrágico.

Tomo un anticoagulante (*blood thinner*).

Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT).

Estoy embarazada o amamantando actualmente.

He recibido relleno dérmico (*dermal fillers*).

Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)

Formulario revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_