

Consentimiento para la vacuna contra la COVID19

☐ Primera dosis ☐ Segunda dosis

Tipo de vacuna para la primera dosis: ☐ Pfizer ☐ Moderna Fecha de la primera dosis: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____ Número de seguro social: _____

Si tuviste una reacción alérgica grave a la primera dosis, infórmalo a tu administrador de vacunas y **NO RECIBAS LA SEGUNDA DOSIS.**

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es una afección infecciosa provocada por el nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, que apareció a finales de 2019. Es predominantemente una enfermedad respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con COVID-19 han reportado una amplia variedad de síntomas, que van desde los más leves hasta una forma más grave de la enfermedad.

Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea.

No debes recibir esta vacuna si:

- tuviste una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna
- tuviste una reacción alérgica grave a cualquier componente de esta vacuna
- no cumples con los requisitos de edad (≥ 16 años para la vacuna de Pfizer o ≥ 18 años para la vacuna de Moderna)

Habla con tu médico sobre si debes recibir la vacuna contra la COVID-19 en cualquiera de los casos siguientes:

- padeces de alergias
- tienes fiebre
- padeces algún trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante
- estás inmunocomprometido o estás recibiendo un medicamento que afecta tu sistema inmunitario
- estás embarazada o planeas quedar embarazada
- estás amamantando
- has recibido otra vacuna contra la COVID-19

Recibir la vacuna contra la COVID-19 podría provocar efectos adversos graves, inesperados y desconocidos y podrían ser más frecuentes después de la segunda dosis que después de la primera. Las EUA establecen que los efectos secundarios que se han notificado incluyen: **Reacciones en el lugar de la inyección:** dolor, inflamación (endurecimiento), enrojecimiento, sensibilidad e inflamación de los ganglios linfáticos. **Efectos secundarios generales:** cansancio o fatiga, malestar, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor articular, escalofríos, náuseas, vómitos y fiebre. Existe una posibilidad remota de que la vacuna contra la COVID-19 pueda causar una reacción alérgica grave. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir: dificultad para respirar, inflamación de la cara y la garganta, ritmo cardíaco acelerado, erupción cutánea grave en todo el cuerpo, mareos y debilidad.

Una reacción alérgica grave generalmente ocurriría dentro del lapso temporal de una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra la COVID-19.

Si después de la vacunación experimentas cualquier complicación que pueda estar relacionada con la vacuna contra la COVID-19, ponte en contacto con tu médico y administrador de vacunas para un posible reporte.

- He leído y entendido este formulario de consentimiento para la vacuna contra la COVID-19.
- He recibido, leído y entiendo la Hoja informativa de Autorización de uso de emergencia para receptores.
- He tenido la oportunidad de conversar con mi médico sobre mis preocupaciones.
- La administración de la vacuna no crea una relación entre el administrador y el receptor.
- Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra la COVID-19.
- Cumpló con el requisito de edad para la vacuna que me están administrando, como se describe anteriormente.
- No tuve una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de una vacuna contra la COVID-19.
- No tengo alergias graves a ninguno de los componentes de esta vacuna.
- Entiendo que mi información y mi estado de vacunación se comunicarán al estado.
- Entiendo que necesito permanecer en observación (15 minutos o 30 minutos si tengo antecedentes de reacción anafiláctica debido a cualquier causa).
- Solicito libre y voluntariamente recibir la vacuna contra la COVID-19.

Firma o firma de consentimiento parental:

Fecha: _____

Fabricante _____ Lote # _____ Fecha de caducidad _____
Vía de administración IM (encierre una opción en un círculo) Deltoides izquierdo Deltoides derecho Fecha/hora Vacuna administrada _____
Nombre en letra de imprenta del administrador de la vacuna _____