HCM | HILL COUNTRY MEMORIAL

Formulario de aprobación y consentimiento de la vacuna COVID-19
Vacuna Moderna COVID-19 PRIMERA / SEGUNDA DOSIS

Información del receptor (por favor imprenta legible)

Apellido:	**Primer nombre:**	**Fecha de nacimiento:**
Domicilio:		**Teléfono:**
Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:|**

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si puede recibir la vacuna COVID-19 hoy mismo. Si contesta "sí" a cualquiera
de estas preguntas, no necesariamente significa que no deba ser vacunado. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pídale una mejor explicación a un miembro del equipo:

	Sí	No	N/A
¿Se siente enfermo hoy?	□	□	
¿Tiene un historial de alergias severas?	□	□	
¿Ha tenido una reacción grave luego de haber recibido una vacuna?	□	□	
¿Tiene trastornos de sangrado o está tomando un anticoagulante?	□	□	
¿Está usted inmunodeprimido o toma algún medicamento que afecte a su sistema inmunitario?	□	□	
Para las mujeres: ¿Está usted embarazada o planea estarlo?	□	□	□
Para las mujeres: ¿Está amamantando?	□	□	□
¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas dos semanas?	□	□	
¿Le han diagnosticado previamente COVID-19 y ha sido tratado con anticuerpos monoclonales en los últimos 90 días?	□	□	

Entiendo que la vacuna COVID-19 que recibiré hoy requiere dos (2) dosis del mismo fabricante para ser completamente efectiva. Entiendo que debo volver en los 28 días siguientes a la primera dosis para recibir una segunda dosis de la vacuna. Si han transcurrido más de 28 días desde la primera dosis, la segunda debe administrarse lo antes posible.

Doy mi consentimiento para la administración de la vacuna Moderna COVID-19 y comprendo y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- He recibido la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para Receptores y Cuidadores de la Vacuna Moderna COVID-19 (la "Hoja Informativa").
- He leído la hoja informativa o me la han leído.
- La La Food and Drug Administration (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Moderna COVID-19, que no es una vacuna aprobada por la FDA. En este momento, no hay ninguna vacuna aprobada por la FDA para prevenir la COVID-19.

- Comprendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna Moderna COVID-19 y la medida en que dichos beneficios y riesgos son desconocidos.
- Entiendo que tengo la opción de rechazar la vacunación y que he sido informado de las alternativas disponibles a la vacuna Moderna COVID-19 y de los riesgos y beneficios de las alternativas disponibles.
- Personas embarazadas o en periodo de lactancia: Las personas embarazadas y en periodo de lactancia no fueron incluidas en los ensayos clínicos de la vacuna Moderna COVID-19. He analizado los riesgos potenciales de la infección por COVID-19 frente al riesgo de la vacunación con mi prestador de atención médica y he tomado la decisión informada de recibir la vacuna Moderna COVID-19
- Entiendo que se recomienda que permanezca en la clínica de vacunación durante quince (15) minutos después de la administración de la vacuna en observación (el "Periodo de Control") para verificar que no experimente una reacción adversa. Los receptores con historial de anafilaxis deben ser vigilados durante treinta (30) minutos después de la vacunación.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas a mi satisfacción.

Si experimenta una reacción adversa a la vacuna COVID-19, póngase en contacto con su médico de cabecera o acuda al servicio de urgencias más cercano. Si se encuentra en una emergencia médica, llame al 911.

Firma del receptor/representante autorizado:	Fecha:
En letra imprenta:	
Si es firmado por un representante autorizado, especificar relación con el receptor:	

SOLO PARA USO MÉDICO

Administrador de la vacuna (nombre en letra imprenta):
Fecha de administración/hoja informativa de la fecha indicada:

Fabricante	Número de lote	Fecha de vencimiento	Lugar de la administración
Moderna			□ Brazo izquierdo □ Brazo derecho

□ Periodo de monitoreo finalizado sin notarse reacciones adversas. □ El receptor rechazó el periodo de monitoreo. Renuncia realizada.

Firma del observador:_____

□ COVID-19 Formulario de aceptación y consentimiento y renuncia al período de supervisión (si corresponde) subidos.