



CAMERON COUNTY PUBLIC HEALTH

Esmeralda Guajardo, MAHS
Health Administrator

James W. Castillo II, MD
Health Authority

Elizabeth J. Miller, MD
Forensic Pathologist

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19

Apellido (Letra de molde)		Nombre		Inicial	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección			Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre de la madre		Apellido de soltera de la madre		
Grupo Racial	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano			Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino		

Tengo 65 años ó más.

EXAMEN PARA LA ELEGIBILIDAD DE LA VACUNACIÓN

No debe vacunarse si:

- es menor de 18 años de edad.
- tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia, dificultad para respirar) a cualquier vacuna o terapia inyectable, o antecedentes de anafilaxia debido a cualquier causa.
- tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia, dificultad para respirar) a cualquier componente de una vacuna COVID-19, incluidas nanopartículas lipídicas o polietilenglicol (PEG).
- recibió cualquier otra vacuna en los últimos 14 días o está programada para recibir cualquier vacuna en los próximos 14 días.
- recibió infusiones de plasma convaleciente o anticuerpos monoclonales/policonales para COVID-19 en los últimos 90 días.

Hable con su médico acerca de si debe recibir la vacuna COVID-19 si:

- está embarazada o amamantando.
- si están enfermos. Por ejemplo, si usted está experimentando fiebre, escalofríos tos, dificultad para respirar, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, etc.
- si tienen un trastorno hemorrágico o están tomando un anticoagulante.
- si están actualmente en cuarentena para COVID-19.
- si han dado positivo en COVID-19 en los últimos 90 días.

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? (Marque todo lo que corresponda.)

- | | | | | |
|--|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiacas | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Obesidad/Obesidad Morbida | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Fuma | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Hipertension |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica | <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Nada de lo anterior | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Tiene alguna de las siguientes afecciones que comprometen al Sistema inmune? (Marque todo lo que corresponda.)

- | | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Linfoma | <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Trasplante |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Anemia Depranocítica | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Nada de lo anterior |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION

He tenido la oportunidad de discutir mis inquietudes con mi médico. Si experimento algún efecto adverso después de irme, notificaré a mi proveedor de atención primaria y administrador. He revisado la hoja de la autorización de uso de emergencia que se me proporcionó hoy. La administración de esta vacuna no crea una relación de proveedor de pacientes entre el administrador y el destinatario. Entiendo que mi información y estado de vacunación serán reportados al estado. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito libre y voluntariamente recibir la vacuna COVID-19.

Firma del padre / tutor / paciente: _____ Fecha: _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY:

Manufacturer:	Exp. Date:	Route IM:	Time/Date Vaccine Given:
Lot #:		<input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Deltoid	Signature of Vaccine Administrator: