

ADHS Formulario de consentimiento de vacuna COVID-19

Use este formulario junto con la [Lista de Verificación Antes de Vacunación para Vacunas COVID-19 de los CDC](#).



ARIZONA DEPARTMENT
OF HEALTH SERVICES
PREPAREDNESS

(Solo personal) ID de cita: _____

Información del paciente

Apellido Nombre Segundo nombre (opcional)

Apellido de soltera de la madre (opcional) Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Género

Dirección Número de apartamento Ciudad Estado Código postal

Dirección no disponible

Número de teléfono

Información del seguro

¿Usted tiene seguro? Sí No

Correo electrónico

Nombre del plan # de grupo del plan # de miembro del plan

Nombre de la persona cubierta por el plan Nombre de la persona responsable del plan

Dirección y número de teléfono de seguro privado (si está disponible)

CONSENTIMIENTO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: He recibido una copia de la hoja informativa para la Autorización de uso de emergencia para la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y creo que entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas COVID-19 solicitadas. Pido que administren las vacunas a mí o a la persona para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Certifico que soy: (1) el paciente y al menos 18 años de edad; (2) el tutor legal del paciente y la edad del paciente lo hacen elegible para recibir la vacuna según la autorización de uso de emergencia actual; o (3) una persona autorizada a dar su consentimiento en nombre del paciente cuando el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo.

Por la presente cedo a _____ cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para la tarifa de administración de la vacuna COVID-19 que se me proporcionó. Acepto reenviar a _____ todo el seguro de salud y otros pagos de terceros que recibo por los servicios que me den inmediatamente después de recibirlos.

Acepto permitir que el proveedor de atención médica publique información al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Arizona (ASIIS) que yo (o para la persona para la que estoy autorizado a dar su consentimiento) he recibido esta vacuna COVID-19. Esta información ayudará a realizar el seguimiento del fabricante y las dosis de la vacuna.

Nombre impreso del paciente Firma del paciente Fecha de firma

Nombre impreso del padre/tutor/persona autorizada Firma de la persona autorizada Fecha de firma

Información de administración de vacunas solo para inmunizadores

Fecha de administración Fabricante NDC #

Brazo izquierdo Brazo derecho

Número de lote Fecha de caducidad Ruta Sitio

Nombre y título del inmunizador Firma del inmunizador

¿Es la primera o segunda dosis del paciente? Primero Segundo Tercero

Preguntas de detección de COVID-19

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna contra COVID-19 hoy. Si responde "Sí" a cualquier pregunta, no necesariamente significa que no deba vacunarse. Solo significa que se pueden hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.



ARIZONA DEPARTMENT
OF HEALTH SERVICES

PREPAREDNESS

- | | Si | No | No se |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Se siente mal hoy? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra COVID-19? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | | |
| Si la respuesta es sí, ¿cuál vacuna recibió? | | | |
| 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a algo (como anafilaxia)?
Por ejemplo, ¿ha tenido una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o por la que tuvo que ir al hospital? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir una vacuna contra COVID-19? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Para más información, consulte el formulario de vacunación previa de los CDC para la vacuna específica que está administrando.

Información sobre la administración de vacunas para inmunizadores solamente

Fecha de administración

Fabricante

NDC #

Brazo izquierdo

Brazo derecho

Número de lote

Fecha de caducidad

Ruta

Sitio

Nombre y título de administrador

Firma de administrador