



Fecha: _____ Nombre del paciente (impreso): _____

Ha recibido alguna vez una vacuna COVID-19? _____ Si _____ No

En caso afirmativo, que producto vacunal recibido?

_____ Pfizer _____ Moderna

_____ Otro producto _____

Eres menor de 18 años? _____ Si _____ No

Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? _____ Si _____ No

Ha recibido tratamiento de anticuerpos pasivos como tratamiento para el COVID-19? _____ Si _____ No

Esto incluye anticuerpos monoclonales o suero convalescente.

Ha tenido una reacción alérgica a una vacuna COVID-19, polisorbato o cualquier componente de la vacuna, como el polietilenglicol (PEG)? _____ Si _____ No

Esto incluiría una reacción alérgica grave que requiera una EpiPen o que cause hospitalización o cualquier reacción o alérgica que cause urticaria, hinchazón, o dificultad respiratoria.

El polietilenglicol se encuentra en algunos medicamentos, incluyendo laxantes y preparados de colonoscopia.

Ha tenido alguna reacción alérgica grave a cualquier otro medicamento _____ Si _____ No

inyectable(intramuscular, subcutáneo, intravenoso) en el pasado?

.....
COVID Vacuna-Consentimiento (16 años de edad y mayores)

Se me ha informado de que la vacuna COVID-19 es un sombrero de vacunas no aprobado ha sido autorizado de uso de emergencia. He recibido la "Fact Sheet for Recipients and Caregivers". Entiendo que la vacuna COVID-19 no es obligatoria. Comprendo los importantes riesgos/ beneficios desconocidos y potenciales de la vacuna COVID-19, y la medida en que se desconocen dichos riesgos y beneficios. Se me han notificado las vacunas alternativas disponibles y los riesgos y beneficios de esas alternativas.

Firma del paciente o del padre/Cuidador

La fecha de hoy

.....
Patient Name (Print): _____ MRN# (if applicable): _____

RD: _____ LD: _____

Nurse/MA (Print): _____

Date: _____