



Soledad Medical Clinic

Administración de Vacunas COVID-19 y Consentimiento Informado

Apellido: _____ Nombre: _____

- Al firmar este documento legal, certifico que soy mayor de edad (18+); el tutor legal del paciente; o una persona autorizada para dar su consentimiento en nombre del paciente que de otra manera no puede dar su consentimiento por sí misma. Me han proporcionado y / o me han explicado los riesgos y beneficios asociados con la vacuna que voy a recibir y se me ha proporcionado la Información de autorización de uso de emergencia (EUA). Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la vacuna que estoy recibiendo. Se me ha recomendado que permanezca en el lugar durante 15 minutos después de la administración para observar posibles reacciones a la vacuna.
 - Entiendo que la información de mi vacuna puede ser enviada al registro estatal y compartida con departamentos de salud autorizados como el Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Yo libero al Distrito de Atención Médica soledad (SHCD), a Soledad Medical Clinic, a sus empleados y a cualquier socio comercial conectado del SHCD de todas y cada una de las responsabilidades o reclamos, ya sean conocidos o desconocidos que surjan de, en relación con, o de cualquier manera relacionada con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.
- He elegido recibir la serie de vacunación COVID-19.**
- Se me ha dado tiempo suficiente y la oportunidad de hacer preguntas sobre los riesgos y beneficios de la vacuna COVID-19.
 - Entiendo que seguiré usando equipo de protección personal (EPP) y continuaré practicando el distanciamiento social según lo prescrito y mantenido por el estado de California.
 - Entiendo que mi seguro será facturado por los servicios prestados. Sin embargo, cualquier cosa que mi seguro no cubra será responsable.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Soledad Medical Clinic

600 Main Street - Soledad, CA 93960

Phone: (831)678-2665

Fax: (831)678-2022

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

EVALUACIÓN PREVIA A LA VACUNACIÓN COVID-19

Si contesta "Si" a las preguntas de numero 2-8, HABLA CON EL MEDICO ANTES DE VACUNAR	Si	No
1. Tiene usted menos de 18 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave de anafilaxia a algún componente de la vacuna COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales COVID-19 o tratamientos plasmáticos convalescentes en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene fiebre de 100.5 grados Fahrenheit o está moderada o gravemente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está usted en cuarentena para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si contesta "Si" a las preguntas 7-9, Recomendamos que habla con su Doctor Medico antes de vacunar		
7. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado? (Cáncer, Quimioterapia, Alto esteroides, etc.?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Esta embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si contesta "Si" a las preguntas 10-11, tiene que esperar media hora de observación		
10. ¿Tiene antecedentes de una reacción alérgica grave a cualquiera de los siguientes?		
• Vacunas (cualquier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Algún alimento, cacahuetes, mascotas, insectos, veneno, medio ambiente, látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Algún medicamento inyectable, incluidos los biológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se le ha aconsejado llevar un EpiPen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For administrative use only

Vaccine	Type	Age	Dose/Route/Site		
COVID-19 mRNA Vaccine ()	MDV		0.5 ml	IM	L / R Deltoid
Lot:		Expiration:			

Administered by: _____
print name
signature

Date Administered: _____