

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Empleado _____

Vacuna de COVID-19

Antes de recibir la vacuna, por favor lea la Pagina de Hechos para Recipientes y Cuidadores (Fact Sheet) y hable con su proveedor de cuidado de la salud acerca de cualquier preguntas o preocupaciones que pueda usted tener. Usted tiene la opcion de aceptar o negarse a recibir la vacuna.

Por favor complete lo siguiente:

**Circle
uno**

Tiene usted 18 años o mayor?	SI	NO
Esta enfermo actualmente o con fiebre mas alta que 100.4?	SI	NO
Tiene un trastorno de la sangre o toma un anticoagulante de la sangre?	SI	NO
Esta usted inmunodeprimido o esta usted tomando una medicina que afecta su sistema inmunologico?	SI	NO
A tenido usted una reaccion alergica grave a algun componente de la vacuna?	SI	NO
A tenido usted una reaccion alergica grave (mareo recurrente, vomito recurrente, etc) a alguna medicina, vacuna, y o Latex que haya requerido Epinefrina u otra intervencion medica emergente?	SI	NO
Esta usted lactando, embarazada, o planeando embarazarse?	SI	NO
Ha recibido usted alguna vacuna en los ultimos 14 dias?	SI	NO
Ha tenido usted un caso positivo confirmado de Covid-19 en los ultimos 90 dias?	SI	NO
Ha recibido otra vacuna de Covid-19?	SI	NO
Tiene alguna de las siguientes enfermedades o condiciones de salud? Enfermedad cronica del pulmon (incluyendo asma), enfermedad del corazon, diabetes, enfermedad del cerebro, medulla espinal, o enfermedad que le causa problemas para tragar o problemas del pulmon, problemas del sistema inmunologico causado por medicamentos y/o VIH, enfermedad de los rinones, o trastornos de la sangre?	SI	NO

Autorizacion para administrar la vacuna:

He contestado las preguntas arriba mencionadas con la verdad. He recibido y comprendo la hoja de hechos incluyendo los riesgos potenciales y beneficios de recibir la vacuna. He tenido oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas satisfactoriamente. Por lo tanto libero al proveedor, sus empleados, y sus voluntarios de cualquier responsabilidad legal como consecuencia de cualquier resultado concerniente a la administracion de esta vacuna.

Nombre del Recipiente (impreso) _____

Fecha de Nacimiento _____

Padre/Madre o Guardian/Cuidador (si diferente del recipient) _____

Relacion con el recipiente _____

Firma _____

Fecha _____

For Grand River Health use only:

Initial Dose	Date:	Booster Dose	Date:
Manufacturer/NDC:			
Lot#: _____ Site: LUA RUA	Exp: _____ Route: <u>IM</u>	Lot#: _____ Site: LUA RUA	Exp: _____ Route: <u>IM</u>
Vaccine Given By:		Vaccine Given By:	

[Attach Fact Sheet for Recipients and Caregivers]

CIIS _____ Note _____

CIIS _____ Note _____

Informacion Personal del Recipient-Toda la Informacion sera Confidencial

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha de Nacimiento _____ Hombre Mujer
Sexo

Numero de Telefono (casa) _____ Numero de Telefono (celular) _____

Direccion de Envio _____ Domicilio Fisico si es Diferente _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Zona Postal _____