

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA VACUNA COVID-19

Por favor complete lo siguiente:

Circle Uno

¿Está usted (o su hijo/a) enfermo hoy o tiene fiebre?	SI	NO
¿Tuvo usted (o su hijo/a) una reacción alérgica a una dosis previa de la vacuna COVID-19?	SI	NO
¿Tuvo usted (o su hijo/a) alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a otra vacuna o algún otro medicamento inyectable?	SI	NO
¿Tuvo usted(o su hijo/a) una reacción alérgica grave (anafilaxia) a alimentos, mascotas, venenos, elementos del medio ambiente o a medicamentos de ingesta oral?	SI	NO
¿Tiene usted (o su hijo/a) un trastorno hemorrágico o está bajo algún un tratamiento prolongado con aspirina o toma otros anticoagulantes?	SI	NO
¿Tuvo usted (o su hijo/a) alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) después de haberse vacunado?	SI	NO
¿Recibió usted (o su hijo/a) plasma convaleciente o anticuerpos monoclonales como parte del tratamiento contra el COVID-19 en los últimos 3 meses?	SI	NO
¿Recibió algún relleno dérmico? (Juvaderm®, Restylane®, etc.)?	SI	NO
¿Tiene usted (o su hijo/a) antecedentes de miocarditis o pericarditis?	SI	NO
¿Tiene usted (o su hijo/a) antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina(TIH)?	SI	NO
¿Tiene usted (o su hijo/a) antecedentes del síndrome inflamatorio multisistémico conocido como MIS-C (en niños) o MIS-A(en adultos) después de una infección por COVID-19?	SI	NO
¿Tiene usted (o su hijo/a) un sistema inmunológico debilitado? (consulte la sección sobre la dosis adicional en la siguiente página)	SI	NO
¿Tiene usted (adulto de entre 18 y 64 años) un problema de salud subyacente que aumenta el riesgo de que se enferme de gravedad a causa del COVID-19? (consulte la sección sobre la dosis de refuerzo)	SI	NO
¿Corre usted (adulto de entre 18 y 64 años) un riesgo mayor de contraer el COVID-19 a causa de su lugar de trabajo o la ubicación de su domicilio? (consulte la sección sobre la dosis de refuerzo).	SI	NO

Es Usted Empleado(a) de Grand River?

SI

NO

Autorización 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 destinatario (impreso)

Fecha de nacimiento

Padre/ Tutor/ Nombre del cuidador (si es diferente del destinatario)

Parentesco con el destinatario

Firma

Fecha

**Aplica a
Vacuna de Pfizer – edad 5 o mayor// Vacuna de Moderna – edad 18 o mayor**

