



# Southwest District Health

## Forma de Consentimiento para Vacuna de COVID-19

Client # \_\_\_\_\_

Nombre de cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de cumpleaños: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Masculino / Femenino **Hispano/Latino:** Sí / No

Raza – Circule Uno: Blanca / Negra / Indígena / Americano / Asiático / Isleño Pacifico / Otro \_\_\_\_\_

Proof of address verification – DL/ID, UT Bill, Letter with Name, Voucher (employer/org/agency).

### **PORFAVOR CIRCULE SUS RESPUESTAS**

1. ¿Está enfermo(a) hoy? ..... No / Si
2. ¿Ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19? ..... No / Si / No se  
¿Si es que si, cual vacuna fue? Pfizer Otro Producto: \_\_\_\_\_
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción severa a algún medicamento inyectado? (ej., anafilaxis) ¿Por ejemplo, una reacción por la cual se necesitó tratamiento con epinefrina o EpiPen o, que se requirió una visita al hospital?.....No / Si / No se
  - ¿La reacción severa fue por haber recibido la vacuna COVID-19? ..... No / Si / No se
  - ¿La reacción severa fue después de recibir otra vacuna o algún medicamento inyectado?  
No / Si / No se
4. ¿Algún desorden sanguino o está tomando anticoagulantes? ..... No / Si / No se
5. ¿Ha recibido terapia de anticuerpo pasivo como tratamiento para COVID-19? .....No / Si / No se
6. ¿Ha recibido una vacuna en las últimas 2 semanas?.....No / Si
7. ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tuvo COVID-19 en los últimos 90 días?  
----- No / Si

He revisado y contestado las preguntas de arriba, lo mejor de mi habilidad. He revisado la declaración de información sobre vacunas. Eh dejado saber mis preguntas y preocupaciones y estoy satisfecho(a) con las respuestas. Comprendo los beneficios de la/las vacuna(s) recomendadas. Comprendo que es mi responsabilidad proveer estatus medico al día y que proveyendo información incorrecta puede ser peligroso contra la salud. Yo autorizo a los empleados de salud a que cumplan con el cuidado de salud necesario, hoy. Southwest District Health entra todas las vacunas aplicadas al sistema recordatorio de vacunas estatal, IRIS. Usted puede pedir que se le quite de este sistema al comunicarse con el Idaho Inmunización Programa.

### **Al firmar usted está dando permiso para la administración de la vacuna de COVID-19.**

**Firma de Paciente or Parente/Guardián:** \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

<b><u>USO DE CLINICA SOLAMENTE</u></b>		COVID-19 fact sheet given? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Declined
Final Screener: _____	Vaccinator: _____	Vaccination Date: _____
<b>VACCINE RECEIVED:</b>	<input type="checkbox"/> Pfizer	<input type="checkbox"/> Moderna
	<input type="checkbox"/> 1st Dose	<input type="checkbox"/> 1st Dose
	<input type="checkbox"/> 2nd Dose	<input type="checkbox"/> 2nd Dose
<b>Injection Location:</b>	<input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid	
		Lot Information:  Expiration date:

NOTES: \_\_\_\_\_