

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19**

(Favor de imprimir claramente)

<b>Nombre:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<input type="checkbox"/> Miembro de la Comunidad	<input type="checkbox"/> Paciente de la Clínica	<b>Teléfono:</b>	
<b>*****Complete lo siguiente (para los requisitos de presentación de informes del CDC)*****</b>			
<b>Dirección:</b>		<b>Seguro Social:</b>	
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No-Hispano/a <input type="checkbox"/> Desconocido		<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Persona de Color <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Blanco	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

**\*\*\*Proporcionar al miembro de la comunidad/paciente EUA (Autorización de uso de emergencia) y revisar cualquier posible contraindicación, efecto secundario, precauciones\*\*\***

- Sí, doy mi consentimiento para recibir la vacuna COVID**  
 **NO puedo recibir la vacuna COVID-19 debido a una contraindicación:**

- Reacción anafiláctica
- Recibió otra vacuna en los últimos 14 días
- Recibió anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente en más de 90 días

- Embarazada, amamantando o planeando embarazo (proporcione las recomendaciones del ACOG)

**X**

---

**Firma** **Date**

---

<b><u>Dosis #1</u></b>		
Fabricante de Vacuna:	Lote #:	Expirará:
Sitio: <input type="checkbox"/> Deltoide izquierdo <input type="checkbox"/> Deltoide derecho	Dose: _____	EUA Hoja Informativa 12/2020
Firma: _____	(RN / LVN)	Fecha: _____