



## Autorización para la Vacuna Covid-19

<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>Inicial</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Dirección Postal</b>			<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electronico</b>		<b>Proveedor de Atención Médica</b>	<b>Contacto de Emergencia</b>	<b>Contacto de Emergencia #</b>	
<b>Raza: (Marcar Solo 1)</b> <input type="checkbox"/> Asiático/Polinesio <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Indio Am/Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocida		<b>Etnicidad: (Marcar Solo 1)</b> <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocida		<b>Primer Lengua</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro		<b>Seguro Médico</b>

<b>Responda las preguntas de salud a continuación:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Se</b>	<b>Anything Changed?</b>
1. ¿Está usted enfermo/a hoy o en aislamiento o en cuarentena por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha dado positivo a COVID-19 en los últimos 10 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha recibido plasma convalescente o infusiones de monoclonal/polyclonal para COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Ha tenido alguna reacción grave (p. ej., anafilaxia) a algo: Por ejemplo, una reacción por la que recibí tratamiento con epinefrina o EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Ha tenido alguna reacción grave después de recibir una vacuna u otra medicina inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días o está programado para recibir vacunas en los próximos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Tiene un trastorno de la sangre o está tomando anticoagulantes? ¿Cuál medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Actualmente tiene un sistema inmunológico debilitado, toma medicamentos inmunosupresores, recibe radiación, o recibe tratamiento de quimioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Está usted embarazada o dando pecho (amamantando)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*En caso de que sí, ¿cuál vacuna y fecha de administración: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen    Fecha recibida: _____				
Staff verification of any changes since form completion until day of vaccination ( <i>initial in box to right</i> )				

- Me han dado una copia y he leído, o me han explicado la información en la **HOJA INFORMATIVA** de la vacuna COVID-19. Yo entiendo que la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna COVID-19, la cual no es una vacuna aprobada por la FDA. Tube la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción.
- Yo entiendo que la vacuna COVID-19 puede requerir 2 dosis con 3-4 semanas de diferencia (dependiendo del fabricante de la vacuna).** Si esta es mi primera dosis de la vacuna COVID-19 Pfizer o Moderna, yo intentaré recibir la segunda dosis de la misma vacuna de acuerdo con el plazo especificado en la HOJA INFORMATIVA.
- Mi firma reconoce que se me aconseja que permanezca aquí por 15 minutos después de recibir la vacuna.** Personas que anteriormente han tenido reacciones anafilácticas, deben permanecer aquí por 30 minutos. Yo entiendo que si tengo cualquier reacción adversa es mi responsabilidad hacer seguimiento con mi médico.
- La tarifa de administración se puede facturar a terceros pagadores. Yo autorizo a Rice Medical Associates para facturar a todos y cada uno de los terceros pagadores por este servicio. Yo autorizo la liberación de mi historial médico necesario para procesar esta reclamación.
- Yo entiendo los riesgos y beneficios importantes conocidos y potenciales de la vacuna contra el COVID-19 como se explica en la HOJA INFORMATIVA, y que algunos riesgos y beneficios pueden permanecer desconocidos. **YO SOLICITO QUE LA VACUNA COVID-19 SEA ADMINISTRADA A MI O A LA PERSONA INDICADA ANTERIORMENTE.**

_____	_____	_____
<b>Fecha</b>	<b>Nombre (en letra impresa)</b>	<b>Firma (Paciente o Padre/Tutor)</b>

<b>FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY</b>							
Vaccine	Dose (0.5ml)	Route/Site (IM/Deltoid)	Date Doses Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> Dose	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R		<input type="checkbox"/> Janssen			
	<input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> Dose	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R		<input type="checkbox"/> Moderna			