

FORMULARIO DE REGISTRO Y CONSENTIMIENTO

VACUNA COVID-19

Lela Pharmacy

SECCION 1: Información sobre usted (Por favor escribir en letra de molde)

Apellido		Primer Nombre		Inicial	# Seguro Social, Licencia o ID o (si ninguna N/A)
					DL/Tx ID/ No ID/TriCare
Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Mes	Día	Año		Correo Electrónico:	
Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro				Origen Étnico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido	
Dirección					
Ciudad			Estado	Código Postal	
Numero de Celular:		¿Tiene Seguro Médico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre del Seguro: Nombre del seguro/Medicare (numero de la Parte A/B) Incluya el la parte superior superior si no tiene la tarjeta):	
				# del seguro:	# de Miembro:
¿Es esta la 1era, 2nda o Refuerzo de la vacuna COVID-19 para el paciente? <input type="checkbox"/> Primera Dosis <input type="checkbox"/> Segunda Dosis <input type="checkbox"/> Refuerzo					

SECCION 2: Lista de Verificación antes de la vacunación contra el COVID 19

Por favor, marque <input checked="" type="checkbox"/> SÍ o NO en cada pregunta.	SI	NO
1. ¿Esta enfermo o se siente enfermo hoy?		
2. Lleva un Epi-pen(autoinyector de epinefrina) para el tratamiento de emergencia de anafilaxia?		
3. ¿ Ha tenido una reacción alérgica grave a una dosis anterior de esta vacuna oa alguno de los componentes de esta vacuna?		
4. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como tratamiento para COVID 19?		
5. ¿Has tenido una prueba positiva para COVID 19 o un médico te ha dicho que has tenido COVID 19?		
6. ¿Has tenido una prueba positiva para COVID 19 o un médico te ha dicho que has tenido COVID 19?		
7. ¿Tienes un sistema inmunitario debilitado causado por algo como la infección por VIH o el cáncer o tomas medicamentos o terapias inmunosuponesivas?		
8. Para las Mujeres ¿está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada?		
9. Para las Mujeres ¿está embarazada o amamantando?		
10. Ha tenido fiebre, escalofrios , tos , dificultad para respirar, fatiga , dolores musculares or corporales, nueva perdida del gusto, del olfacto , dolor de garganta, congestion , secrecion nasal, nauseous, vomitos o diarrea en los ultimos 10 dias?		

SECCION 3: Si Ha recibido una dosis previa de la vacuna COVID-19 (SALTE ESTA SECCIÓN PARA LA PRIMERA DOSIS)

Por favor, marque <input checked="" type="checkbox"/> SÍ o NO en cada pregunta.	SI	NO
11. ¿Tiene alguna reacción alérgica a algún medicamento, alimento, vacuna o látex? Explique:		
12. ¿Está usted inmunodeprimido o toma un medicamento que afecta su sistema inmunitario?		
13. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un medicamento anticoagulante?		
14. Tiene un mayor riesgo de contraer Covid-19 en su entorno laboral o institucional? Are you at increased risk for Covid 19 due to your occupational or institutional setting?		

15. ¿Indique que fabricación de vacuna recibió y la fecha en que se administró la dosis? <input type="checkbox"/> Janssen (J&J) <input type="checkbox"/> Moderna COVID-19 <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech COVID-19	Fecha de Administración: <input type="text"/> <input type="text"/>		
16. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?			
17. ¿Ha experimentado una reacción alérgica no grave en las 4 horas siguientes a una dosis anterior de la vacuna COVID-19? Las reacciones alérgicas no graves pueden incluir: urticaria, hinchazón, enrojecimiento, sibilancias, síntomas gastrointestinales, etc.)? En caso afirmativo, explique:?			
18. ¿Lista de problemas de salud?			

- Certifico que soy: (A) el paciente y al menos 18 años de edad; (b) el padre o tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 12 años de edad; o (c) autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, doy mi consentimiento al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (TXDSHS) o a Lela Pharmacy o a sus agentes para administrar la vacuna COVID-19.
- Entiendo que este producto no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, Pero ha sido autorizado para uso de emergencia por la FDA, bajo un EUA para prevenir la enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19) para uso en personas de 18 años de edad o mayores (5 años de edad y mayores para la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19); Y el uso de emergencia de este producto solo está autorizado durante la duración de la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización de uso de emergencia del producto médico en virtud de la SEC
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la(s) vacuna(s) recibida(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna anterior y he recibido, leído y/o me he explicado la Hoja informativa de autorización de uso de emergencia sobre la vacuna COVID-19 que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que esas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. También entiendo la necesidad de seguir enmascarando/distanciándose socialmente después de recibir la vacuna COVID-19
- Reconozco que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para la observación y posiblemente hasta 30 minutos si el médico lo considera necesario. Si tengo una reacción severa, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- Reconozco que: (A) entiendo los propósitos y beneficios de ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas y (b) TXDSHS incluirá mi información personal de inmunización en el registro de ImmTrac2 y mi información personal de inmunización será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales.
- Reconozco la recepción del Aviso de Derechos de Privacidad.
- Elijo voluntariamente recibir la vacuna COVID-19 que está administrando Lela Pharmacy o su agente designado después de considerar cuidadosamente los riesgos y beneficios.
- Lela pharmacy me aconsejó consultar con mi proveedor médico para discutir mis riesgos personales, beneficios y posibles efectos secundarios de recibir la vacuna COVID-19.
- Entiendo que las vacunas COVID-19 que se administran en la Lela Pharmacy serán rastreadas e reportadas a ImmTrac, y como lo exige el gobierno local, estatal y federal.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Representante y relación con la persona que recibirá la vacuna: _____

Site (LD/RD)	Route	Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Date of EUA Fact Sheet
LD/RD VLLt/VLRt	IM	Pfizer-BioNTech/Janssen/Moderna			

Administered by:	Lela pharmacy
Location Address:	2561 Jackson Keller Rd San Antonio Tx 78230
Clinic Phone Number:	(210)3481532

Vaccinator (Print Name):		Signature:		Date:	
Co-Signature with Credentials, if indicated					

