

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACION DE REFUERZO DE COVID-19

Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19

Favor Imprima Claramente

Apellido Nombre

Direccion Ciudad Estado Codigo Postal

Numero Telefonico Fecha de Nacimiento Sexo

Raza: Hispano No Hispano Unknown

Nacionalidad: Blanco Afro Americano Otro

Nombre del padre o tutor legal: _____ Numero de telefono: _____

-
- Certifico que soy el paciente y que tengo al menos 18 años de edad: (b) el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 16 años de edad: o (c) que esta autorizado para dar su consentimiento para la vacuna. Además, doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Condado de Grayson para administrar la vacuna COVID-19.
 - Entiendo que este producto no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado para emergencias por la FDA, según la EUA para prevenir la enfermedad coronavirus 2019 (COVID 19) para su uso en personas de 16 años de edad o mayores; y el uso de emergencia de este producto solo esta autorizado mientras dure la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización de emergencia del producto médico en virtud de la Sección 564 (b) (1) de la Ley FD & C, a menos que la declaración se termine o autorización sea revocada antes.
 - Entiendo que no es posible predecir todos los efectos secundarios o complicaciones asociadas al recibir la (s) vacuna (s). Entiendo los riesgos y beneficios asociadas con la vacuna anterior y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja de Datos de Autorización de uso de Emergencia sobre la vacuna COVID-19 que elegí recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron repondidas a mi satisfacción.
 - Reconozco que permaneceré en observación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración. Si experimento una reacción severa a la vacuna. Seré atendido por el equipo médico presente.
 - En nombre mío, de mis herederos y representantes personales, por la presente libero al Departamento de Salud del Condado de Grayson y su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliadas, subsidiarias, oficiales, directores, contratistas y empleados de las oficinas del Sheriff del Condado de Grayson, de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean

conocidas o desconocidas, que surjan de, en conexion con, o de alguna manera relacionada con la administracion de la vacuna anteriormente mencionada.

- Reconozco que: (a) Entiendo los propositos/beneficios del registro de vacunacion de Texas y mi informacion personal de vacunacion se compartira con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), agencias locales, estatales y/o otras agencias federales o proveedores medicos.
- He recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de la oficina , que explica como se utilizara y divulgara mi informacion medica, ademas del reconocimiento que se encuentra directament sobre esta declaracion. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento . ESTE DOCUMENTO ESTA DISPONIBLE BAJO PEDIDO.

Marque Si o No a los siguientes preguntas medicas?

Preguntas	Si	No
Tiene alergias?		
Se siente mal hoy o tiene fiebre?		
Tiene un trastorno hemorragico o esta tomando entigoagulants?		
Ha tenido una grave reaccion alergica despues de una dosis anterior de esta vacuna?		
Han pasado al menos 6 meses desde la segunda dosis de la vacuna Pfizer COVID-19?		
Usted o la persona que recibe la vacuna tiene 16 anos de edad o mas?		

Doy fe que el contenido de este formulario de consentimiento de la Vacuna COVID-19 es verdadero y correcto.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Escriba el Nombre del Respresentante y Relacion al Paciente

DO NOT WRITE IN THIS SPACE – OFFICE USE ONLY

Manufacture: Pfizer-BioNTech

Administration Date: _____

Lot #: _____ Expiration Date: _____

Site (circle one): RIGHT LEFT

 Nurse/Provider’s Signature

 Date