

COVID-19 VACCINATION CONSENT FORM

Moderna COVID-19 Vaccine Form

PLEASE PRINT CLEARLY

Last name / Apellido

First Name / Primer Nombre

Street / Direccion

City / Ciudad

State / Estado

Zip Code / Codigo Postal

Telephone Number / Numero Telefonico

Date of Birth / Fecha de Nacimiento

Sex / Sexo

Weight / Peso

Raza Hispanic No Hispano

Nacionalidad Blanco Afro Americano Otro

- 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 18 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 18 años de edad o mayores; y el uso de emergencia de este producto solo está 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 respondidas a mi satisfacción.
- Reconozco que me han aconsejado que permanezca en el lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para observación. Si experimenta una reacción grave, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano.
- 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 todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas, que surjan de, en conexión con, o de alguna manera relacionada con la administración de la vacuna anteriormente mencionada.
- Reconozco que: (a) Entiendo los propósitos/beneficios del registro de vacunación de Texas y mi información personal de vacunación se compartirá con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), agencias locales, estatales y/o otras agencias federales o proveedores médicos.
- He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina, que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica, además del reconocimiento que se encuentra directamente sobre esta declaración. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento. ESTE DOCUMENTO ESTA DISPONIBLE BAJO PEDIDO.

Formulario Medico: Conteste si o no a las preguntas siguientes:

Preguntas	Si	No
Tiene alergias?		
Se siente mal hoy?		
Tiene un trastorno hemorragico o esta tomando anticoagulants?		
Tiene un sistema inmounologico debilitado causado por algo como una infeccion VIH o cancer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?		
Esta embarazada o amamantoando?		
Ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19?		
Si la respuesta es "si" que product?		
Ha tenido alguna vez una reaccion alergica severa (por ejemplo-una reaccion por la que recibio trataminto con ephinefrina o EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital)?		
Ha recibido terapia con anticuerpos (monoclonales o suero de convalencia) como tratamiento para COVID-19?		
Ha tenido una prueba positive de COVID-19 o un medico le ha dicho alguna vez que tenia COVID-19?		

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

Firma

Fecha

DO NOT WRITE IN THIS SPACE – OFFICE USE ONLY

Manufacture: Moderna

Administration Date: _____

Lot #: _____ Expiration Date: _____

Site (circle one): RIGHT LEFT

Nurse/Provider's Signature

Date