

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y SELECCIÓN PARA LA VACUNA DE LA COVID-19

## Vacuna para la COVID-19 de Moderna

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN ACERCA DE USTED (EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre: Apellido:		Primer nombre:		Inicial del 2.º nombre:	
Fecha de nacimiento: Mes		Día		Año	
Dirección:				Número de teléfono celular (paciente o tutor): ( )	
Ciudad:				Estado:	
Sexo (Sexo asignado al nacer)				Raza	
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro no blanco <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido	
Código postal:				N.º de apartamento/habitación:	
Origen étnico					
<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Desconocido					

## SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE DETECCIÓN DEL COVID-19

Marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Está enfermo/a hoy?		
2. ¿Ha tenido en los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida repentina del sentido del olfato o del gusto, dolor de garganta, congestión (nariz tapada) o secreción nasal (moqueo), náuseas, vómitos o diarrea?		
3. En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo en la prueba de detección de la COVID-19?		
4. ¿alguna vez ha tenido una reacción alérgica/anafiláctica grave a una vacuna, medicamento o alimento?		

- Certifico que: (a) soy el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) soy el padre/madre o tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 18 años de edad; o (c) estoy autorizado para otorgar el consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, otorgo mi consentimiento para que el Departamento de Salud Young County Family Clinic administren la vacuna para la COVID-19.
- Entiendo que este medicamento no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado por la FDA para su uso de emergencia, en virtud de una Autorización para uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) para prevenir el coronavirus, para su uso en personas de 18 años de edad o mayores; y el uso de emergencia de este medicamento solo está autorizado durante la vigencia de la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización de dicho uso de urgencia del medicamento en virtud de la Sección 564 (b)(1) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (Food, Drug, and Cosmetic Act), a menos que se termine la declaración se revoque antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas a la administración de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la vacuna mencionada anteriormente y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja informativa de uso de emergencia sobre la vacuna para la COVID-19 que he elegido recibir. Doy fe de que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que me respondieron dichas preguntas de forma satisfactoria.
- Reconozco que se me ha aconsejado que permanezca cerca del centro de la vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para observación. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad Young County Family Clinic/Graham Regional Medical Center y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de la administración de la vacuna mencionada anteriormente, o que esté relacionada con ella de cualquier manera.
- Doy fe de que información personal que esta será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al Young County Family Clinic/Graham Regional Medical Center o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin que se me pague una cobertura suplementaria por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al Young County Family Clinic/Graham Regional Medical Center o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago de el cual soy financieramente responsable se deberá realizar al momento del servicio, o si Young County Family Clinic/Graham Regional Medical me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.

Firma del paciente o representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante y relación con la persona que recibe la vacuna:

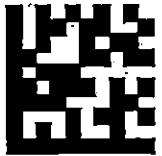
\_\_\_\_\_

VACCINE DOCUMENTATION – To be completed by GRMC/YCFC Clinical Staff ONLY

Date of Vaccine	Site of Injection	Vaccine Mfg.	Lot Number	Expiration Date	Dose # (1 or 2)	Given By:



ImmTrac2 Immunization Registry
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RETENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL DESASTRE



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido del Cliente

Grid for first name

Nombre del Cliente

Grid for birth date

Fecha de Nacimiento del Cliente

\*Uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador debe firmar este formulario si el cliente es menor de 18 años de edad.

Grid for second name

Segundo Nombre del Cliente

Género: Masculino Femenino

Grid for address

Dirección del Cliente

Grid for apartment #

Apartamento #

Grid for phone number

Teléfono del cliente

Grid for city

Ciudad

Grid for state

Estado

Grid for zip code

Código Postal

Grid for county

Condado

Grid for mother's name

Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)

Grid for mother's last name

Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)

Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad) Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad) ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, ha sido designado como el sistema de información y seguimiento para inmunizaciones, antivirales y otros medicamentos administrados a individuos durante la preparación o respuesta a un desastre o emergencia de salud pública. A partir del momento en que se declare finalizado el evento, ImmTrac2 retendrá la información relacionada con el desastre recibida por profesionales de la salud durante un periodo de 5 años. Al final del periodo de retención de 5 años, la información del cliente relacionada con el desastre se removerá del registro a menos que se dé el consentimiento para retener la información en ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento de retención de información relacionada con el desastre y dar a conocer la información a entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo al DSHS a que retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) más allá del periodo de retención de 5 años. Además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) esté en ImmTrac2, puede ésta por ley ser accedida por:

- las agencias estatales, con el propósito de ayudar con los esfuerzos de prevención y control de enfermedades transmisibles y su coordinación y
• los médicos o demás profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos, para el tratamiento del cliente como paciente.

Entiendo que puedo retirar el consentimiento para retener información en el registro ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group - MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) si es menor de 18 años de edad) en el registro de inmunizaciones de Texas más allá del periodo de retención de 5 años.

Cliente (o padre / madre, tutor legal o custodio administrador): Nombre en letra de molde

Fecha: Firma:

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.dshs.texas.gov para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 DC Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2 Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.