

**INGRESAR EN LETRA IMPRENTA**

Apellido:	Primer nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
No. de teléfono:	Correo electrónico:	
Personal de salud de Mason/Voluntario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		No. de Id/Dpto. del empleado:

1. ¿Se considera usted latino o de origen hispano?  Sí  No  Se rehúsa a responder

2. ¿Cuál es su raza?

Indio americano o nativo de Alaska  Asiático

Negro o afroamericano  Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico

Blanco  Multirracial u otro (sírvese especificar) \_\_\_\_\_

Se rehúsa a responder

1. Dosis de vacuna (marque una): 1era  2da  Si esta es su segunda dosis, ¿cuál fue su primera vacuna? Pfizer  Moderna  No lo sé  Si esta es su segunda dosis, ¿cuándo recibió su primera dosis? (fecha): \_\_\_\_\_

	SÍ	NO
--	----	----

**PREGUNTAS DE EXCLUSIÓN:** Responder sí a cualquiera de estas preguntas lo excluye de poder recibir la vacuna.

¿Presenta usted un historial conocido de reacciones alérgicas severas (por ejemplo, anafilaxis) a esta vacuna o cualquier componente de la vacuna como por ejemplo lípidos, cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, fosfato de sodio dibásico dihidrato, trometamina, hidrocloreuro de trometamina, ácido acético, acetato de sodio y sacarosa? (Hay una lista completa disponible en la *hoja informativa para receptores de vacunas y cuidadores* o de su proveedor de cuidados de salud).

¿Tiene menos de 16 años de edad?

¿Tiene menos de 18 años de edad?

**PREGUNTAS DE SELECCIÓN:** Inmunizador: Si el paciente responde “sí” a cualquiera de las preguntas a continuación, aconseje al paciente o indíquele consultar con su proveedor de cuidados para recibir la vacuna.

1. ¿Ha dado positivo en alguna prueba de COVID-19 en las últimas dos semanas o ha tenido una infección de COVID-19 en los últimos 90 días?

2. ¿Ha recibido en los últimos 90 días una terapia pasiva de anticuerpos como parte de su tratamiento contra el COVID-19?

3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (distinta a la vacuna del COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxis] que requiriera un tratamiento con epinefrina o EpiPen o que causara que usted vaya al hospital. Además, incluiría una reacción alérgica que ocurriría dentro de 4 horas la cual causaría urticaria, hinchazón o dificultades respiratorias, incluyendo una respiración sibilante.)

4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxis) a algo distinto a un componente de la vacuna del COVID-19, polisorbato o cualquier vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, medioambiente o medicamentos orales.

5. ¿Tiene alergias o reacciones a algún alimento, medicina, vacuna o al látex? (Por ejemplo, huevos, gelatina, neomicina, thimerosal)

6. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave luego de recibir una vacuna o medicamento inyectable? Si la respuesta es sí, ¿qué vacuna o medicamento inyectable?: \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene algún historial de desmayos, en particular con vacunas? ¿Alguna vez algún médico u otro proveedor de cuidados de salud le ha advertido acerca de recibir ciertas vacunas o recibir vacunas fuera de una instalación médica?

8. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn o cualquier otro problema del sistema inmunológico? ¿Presenta usted un sistema inmunológico debilitado o ha tomado, en los últimos tres meses, medicamentos que lo han debilitado, como, por ejemplo, cortisona, prednisona u otros esteroides, drogas o tratamientos con radiación contra el cáncer?

9. Para las mujeres, ¿se encuentra embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el siguiente mes?

10. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas dos semanas?

**Confirmación:**

- He tomado la decisión de vacunarme contra el COVID-19 por mi cuenta y libremente. Sé que tengo la opción de rehusarme a la vacuna. Solicito que se me administre la vacuna o a la persona nombrada anteriormente en nombre de quien estoy haciendo esta solicitud. Se me entregó la (hoja informativa para receptores de la vacuna y cuidadores) para

Patient Label

**COVID-19 VACCINATION CONSENT**

Mason Health, 901 Mountain View Dr.,

P.O. Box 1668, Shelton, WA 98584

MGH 1695S Rev. 4/2021

SCAN TO CONSENT FORM

esta vacuna. La hoja informativa contiene información acerca de los efectos secundarios y reacciones adversas. He leído o se me ha leído la información proporcionada con respecto a la vacuna contra el COVID-19.

- Sé que la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) ha autorizado el uso de esta vacuna por emergencia. Sé que no es una vacuna completamente certificada por la FDA. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron a mi satisfacción. Estoy informado acerca de la vacuna, alternativas, beneficios y riesgos, en la medida en la cual se conoce y se desconoce hasta ahora.
- Sé que debo permanecer en el área de la vacuna o en el área que disponga mi proveedor de cuidados de salud luego de recibir mi inmunización de modo que esté cerca de mi proveedor de cuidados de salud si sufriera cualquier reacción adversa. Si tengo un historial de reacciones alérgicas graves, (por ejemplo, anafilaxis) deberé permanecer ahí por 30 minutos. Si no tengo un historial de reacciones alérgicas graves, debo permanecer ahí 15 minutos.
- Entiendo que si experimento efectos secundarios luego de abandonar el área de vacunación debo hacer lo siguiente: llamar a Mason Health, a mi médico o al 911.
- Sé que, si sufro una reacción alérgica grave, incluyendo dificultad para respirar, hinchazón de mi rostro y/o garganta, latidos rápidos del corazón, una erupción cutánea grave en todo mi cuerpo o mareos o debilidad debo llamar al 9-1-1. Sé que puedo llamar a mi proveedor de cuidados de salud si sufro algún efecto secundario que me moleste o que no desaparezca.
- Sé que debo recibir dos dosis de la vacuna contra el COVID-19 y recibir la misma vacuna cada vez. Sé que con ninguna vacuna existe la promesa de que me vuelva inmune (no tener el virus) o que no tendré efectos secundarios. Sé que puedo optar por no recibir la segunda dosis de la vacuna. Pero si no recibo la segunda dosis, puede que no haya la posibilidad de que me vuelva inmune.

**Divulgación de registros:** Puede que Mason Health deba divulgar o divulgue voluntariamente mi información de salud a mi médico de cuidados primarios, mi plan de seguros, sistemas de salud y hospitales y registros estatales o federales, para efectos de un tratamiento, pago u operaciones de cuidados de salud.

Firma del paciente (o representante autorizado):	Fecha/hora:
Nombre en letra imprenta si firma en nombre del paciente (notación por el personal, si la hubiese):	
Fecha de cita para seguimiento de vacuna:	

**For Office use only**

<b>Vaccine:</b>	Covid-19 Vaccine	<b>Date on VIS:</b>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> Dose
<b>Date Given:</b>	<b>Time Given:</b>	<b>Injection Site</b>	Left      Right
<b>Manufacturer, Lot #, Exp. Date</b>		<b>Nurse Signature:</b>	
<b>Patient Temperature:</b>		<b>Date:</b>	

Firma del paciente (o representante autorizado):	Fecha/hora:
Nombre en letra imprenta si firma en nombre del paciente (notación por el personal, si la hubiese):	

**For Office use only**

<b>Vaccine:</b>	Covid-19 Vaccine	<b>Date on VIS:</b>	<input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> Dose
<b>Date Given:</b>	<b>Time Given:</b>	<b>Injection Site</b>	Left      Right
<b>Manufacturer, Lot #, Exp. Date</b>		<b>Nurse Signature:</b>	
<b>Patient Temperature:</b>		<b>Date:</b>	