

INGRESAR EN LETRA IMPRENTA		
Apellido:	Primer nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
No. de teléfono:	Correo electrónico:	
Género:		
¿Es usted empleado(a) de Mason Health?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
1. ¿Cuál es su raza?		
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial u otro (sírvase especificar) _____ <input type="checkbox"/> Origen latino o hispano <input type="checkbox"/> Se rehúsa a responder		
2. Dosis de vacuna (marque una): 1era <input type="checkbox"/> 2da <input type="checkbox"/> 3era <input type="checkbox"/>		
Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/>		
Si esta es su segunda o tercera dosis, ¿cuándo recibió su dosis anterior?		
		<b>SÍ</b> <b>NO</b>
<b>PREGUNTAS DE EXCLUSIÓN:</b> Responder sí a esta pregunta le excluye de 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 <i>hoja informativa para receptores de vacunas y cuidadores</i> o de su proveedor de cuidados de salud).		
<b>PREGUNTAS DE SELECCIÓN:</b> 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 recibido en los últimos 90 días una terapia pasiva de anticuerpos como parte de su tratamiento contra el COVID-19?		
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen o que le hiciera ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica a alimentos, al látex, a los animales domésticos, al medio ambiente o a medicamentos que se produjera en un plazo de 4 horas y que causara urticaria, hinchazón o dificultades respiratorias, incluyendo sibilancias).		
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir un medicamento inyectable? Si la respuesta es sí, ¿cuál es el medicamento inyectable? _____		
4. ¿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?		
5. ¿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?		
6. ¿Ha dado positivo en COVID-19 en los últimos 14 días?		
<b>Confirmación:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PARA VACUNAS DE USO DE EMERGENCIA:</b> 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 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.</li> <li>• <b>PARA VACUNAS DE USO DE EMERGENCIA:</b> 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>		

Patient Label

**COVID-19 VACCINATION CONSENT**  
Mason Health, 901 Mountain View Dr.,  
P.O. Box 1668, Shelton, WA 98584  
MGH 1695S Rev. 9/2021      *SCAN TO CONSENT FORM*

- 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"/> 1st Dose <input type="checkbox"/> 2nd Dose <input type="checkbox"/> 3rd 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>Date:</b>	