

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19

Información personal (POR FAVOR IMPRIMA)

NOMBRE: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección de casa: _____

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre la vacuna COVID. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que me la administren.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

POR FAVOR CIRCULE SU RESPUESTA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Estás enfermo hoy? | NO | SI |
| 2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de recibir alguna vacuna? | NO | SI |
| 3. ¿Tiene una alergia grave a ALGÚN medicamento o alimento? | NO | SI |
| 4. ¿Tiene algún trastorno convulsivo o cerebral? | NO | SI |
| 5. ¿Está embarazada o está considerando quedarse Embarazada en el próximo mes? | NO | SI |
| 6. ¿Tiene alguna condición médica o toma medicamentos que puede debilitar su sistema inmunológico?
En caso afirmativo, liste en la siguiente línea:
_____ | NO | SI |
| 7. En las últimas dos semanas, ¿ha salido positivo a COVID-19? | NO | SI |
| 8. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido contacto con alguien que dio positivo a COVID-19? | NO | SI |
| 9. ¿Ha tenido una nueva aparición de fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea? | NO | SI |
| 10. ¿Está en cuarentena ahora? | NO | SI |

Lugar de vacunación (elija preferencia): BRAZO: Izquierdo /Derecha

Cadera: Izquierdo /Derecha