GEORGIA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Vacuna contra COVID-19 de Pfizer

INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA COVID-19

APELLIDO		(Nombre)	Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	Edad:
DIRECCIÓN				
CIUDAD	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**	**TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA**	
CONTACTO PARA EMERGENCIAS:	**Nombre**	**Parentesco**	**Teléfono**	

Raza: (Seleccione solo uno)	**Grupo étnico: (Seleccione solo uno)**	**Idioma principal:**	**Sexo:**
☐ Asiático o polinesio ☐ Negro ☐ Multirracial ☐ Indígena americano o de Alaska ☐ Blanco ☐ No sabe	☐ No hispano ☐ Hispano ☐ No sabe	☐ Inglés ☐ Otro _____	☐ Masculino ☐ Femenino

Responda a estas preguntas sobre su salud:	**Sí**	**No**	**No sabe**
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibió alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? *Si responde sí, ¿qué vacuna recibió y en qué fecha?: ☐ Pfizer _____ ☐ Moderna _____ ☐ Otra _____			
3. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica grave (como anafilaxia); por ejemplo, una reacción que debió ser tratado con epinefrina o una EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital?			
* ¿La reacción grave fue después de recibir una vacuna contra el COVID-19?			
* ¿La reacción grave fue después de recibir otra vacuna o un medicamento inyectable?			
4. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
5. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente) para tratar el COVID-19?			
6. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado por cáncer o por una infección por HIV, toma medicamentos inmunosupresores o recibe terapias inmunosupresoras?			
7. ¿Tiene problemas de coagulación o está tomando algún medicamento anticoagulante?			
8. ¿Está embarazada o amamantando?			

He recibido una copia, leído la Autorización de uso de emergencia (EUA) y he revisado la información de la Hoja informativa para receptores y cuidadores de la FDA (https://www.fda.gov/media/144712/download), antes de recibir la vacuna contra el COVID-19. Pude hacer preguntas que me contestaron a cabalidad. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y solicito que me la pongan a mí o a la persona para la que estoy autorizado a hacer este pedido.

Con mi firma confirmo que me recomendaron quedarme en el sitio 15 minutos luego de recibir la vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves previas deben quedarse 30 minutos.

_____ _____ X_____

Fecha **Nombre en letra imprenta** **Firma del paciente, padre o Tutor**

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO)

Vaccine	Dose	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	_____ml ☐ 1st _____ml ☐ 2st	☐ IM - L Arm ☐ IM - R Arm					