

Fecha: _____ Nombre Completo de Receptor: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Marca Uno: Masculino _____ Femenino _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Condado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Nombre completo de soltera de la madre: _____

Elige Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Asiático _____ Negro/ Afroamericano _____

Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacifico _____ Blanco _____ (Elige si es Blanco o Hispano)

Elige Etnia: Hispano o Latino _____ No Hispano o Latino _____

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19 (18 ANOS O MÁS)

Escribe sus iniciales en cada artículo:

_____ Me han informado que la vacuna COVID-19 es una vacuna no aprobada que ha sido autorizada para su uso por la FDA bajo Autorización de Uso de Emergencia.

_____ He recibido la "Fact Sheet for Recipients and Caregivers."

_____ Entiendo que la vacuna COVID-19 no es obligatoria.

_____ Entiendo los importantes riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna COVID-19, y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios.

La siguiente pregunta solo se aplica a las personas que sufren de ANAFILAXIS, ESTAN EMBARAZADAS O ESTAN EN LACTANCIA ACTUALMENTE:

_____ He consultado con mi médico de atención primaria sobre los riesgos potenciales de la vacuna COVID-19.

Firma de Paciente o Padre/ Cuidador

Fecha

RD: _____ LD: _____

Nurse (print name): _____

LOT# _____

Signature: _____

Expiration: _____

Date: _____