**Brazos County Health District**

**COVID Vaccine Consent Form**

|  |
| --- |
| **Por Favor Imprima**    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ Genero: M F Apellido Nombre I. Fecha de Nacimiento Age \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direccion Ciudad Estado Codigo Postal Condado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Contacto Nombre de Madre Apellido de SolteraRasa: Blanca Negra/Afro-Americano Asiatico Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska Otro Hispano: S N  |

 **Si No No Se**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Te sientes enfermo/a hoy?
 |  |  |  |
| 1. Alguna vez ha tenido una prueba positiva de COVID-19?
 |  |  |  |
| 1. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? Si sí, ¿qué producto de vacuna? Pfizer Moderna Johnson & Johnson
 |  |  |  |
| 1. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? En caso afirmativo, ¿cuál \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |  |  |
| **5**. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia)? • Una reacción por la que fue tratado con Epinefrina o EpiPen, ¿O tuvo que ir al hospital? **Sí o No**• En caso afirmativo, ¿fue esta reacción después de recibir una vacuna COVID-19? Sí o no• ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable? **Sí o No**  |  |  |  |
|  **6**. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o cualquier vacuna o medicamento inyectable? **Sí o No**  Incluyendo alimentos, mascotas, alergias a medicamentos ambientales u orales?  |   |   |  |
| **7**. ¿Tienes un sistema inmunitario debilitado causado por algo como infección por VIH o cáncer? ¿Tomas medicamentos inmunosupresores o terapias? |  |  |  |
| **8.** ¿Tienes un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante? |  |  |  |
| **9.** ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como tratamiento para COVID-19? |  |  |  |
| **10.** ¿Estás embarazada o en lactancia? |  |  |  |

**For Clinic Use Only:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Clinical Site: *Brazos County Public Health District***

**Vaccine Lot #  Site Given: (R) (L) Deltoid**

 **Administered by: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

He recibido la hoja informativa de la FDA para pacientes y padres/cuidadores, que incluye información sobre riesgos potenciales, beneficios, propósito, efectos secundarios, métodos de dosificación y opciones de tratamiento alternativas para la vacuna.

Me han informado de que la vacuna es una vacuna no aprobada que puede prevenir covid-19. No existe una vacuna aprobada por la FDA para prevenir COVID19, pero la vacuna ha recibido la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la FDA.

Por la presente doy mi consentimiento al Distrito de Salud Pública del Condado de Brazos (BCHD) para administrar la vacuna que he solicitado anteriormente. Entiendo el riesgo y los beneficios asociados con la vacuna que se administra y que me han recibido, leído y/o me había explicado la información escrita sobre la vacuna que he elegido recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Al igual que con todo el tratamiento médico, no hay garantía de que no voy a experimentar una reacción adversa de la vacuna. He leído y entiendo el formulario HIPAA explicando mis derechos de privacidad, el deber de BCHD de proteger mi información de salud que me identifica y cómo BCHD puede usar o divulgar información de salud que me identifique sin mi permiso por escrito. Por la presente reconozco la recepción del formulario "Aviso de Prácticas de Privacidad" de BCHD. Además, acepto permanecer durante aproximadamente 15 minutos después de la administración de la vacuna para observación.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_