



BALLINGER MEMORIAL HOSPITAL DISTRICT
 PO Box 617 • 608 Avenue B • Ballinger, TX 76821
 (325) 365-2531 • Fax (325) 365-2662
 www.ballingerhospital.org

J	M	P
1st	2nd	R L
Ht: _____	Wt: _____	
DOB: _____		
Initials: _____		

Formulario de consentimiento para la vacuna COVID-19

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna COVID-19 hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Solo significa que se pueden hacer preguntas adicionales.

NO
SI NO SABE

1	¿Te sientes enfermo hoy?			
2	¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?			
En caso afirmativo, ¿qué producto recibió? <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Otro				
3	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a uno de los siguientes: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica reacción que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)			
	• una dosis previa de la vacuna COVID-19			
	• Polisorbato			
	• Polietilenglicol (PEG), un componente de la vacuna Covid-19			
4	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otras vacunas o medicamentos inyectables?			
5	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, polisorbato o cualquier vacuna o medicamento inyectable? Incluyendo alergias a alimentos, mascotas, ambientales u medicamentos orales.			
6	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7	¿Alguna vez tuvo una prueba positiva para COVID-19 o un médico le dijo alguna vez que tenía COVID-19?			
8	¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?			
9	¿Le han informado que la vacuna COVID-19 es una vacuna no aprobada que ha sido autorizada para su uso por la FDA bajo la Autorización de uso de emergencia?			
10	¿Ha recibido la "Hoja de datos para destinatarios y cuidadores" junto con la información de la aplicación V-Safe?			

He tomado una decisión informada para recibir la vacuna COVID-19.

 Iniciales

 Nombre impreso del paciente / cuidador

 Firma del paciente / cuidador

 Fecha

 Firma de testigo