

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: \_\_\_\_\_