

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes /día /año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Teléfono Principal \_\_\_\_\_

Género (señale con un círculo): M / F / Prefiero no decirlo Idioma preferido \_\_\_\_\_

Etnicidad  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  No Sabe  Elije No Responder

Raza  Nativo Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico  
 Negro o Afroamericano  Blanco  Otra Raza

¿Está incapacitado?  Sí  No  Elije No Responder

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código de Area \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Seguro de salud \_\_\_\_\_ Documento de Identidad \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre del que suscribe \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día /año) \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Vacuna suministrada:  Pfizer (2 dosis, con 21 días de diferencia)

| <u>Lot# Dose 1</u> | <u>Dose, Route, Site</u>   | <u>Provider's Signature &amp; Title</u> | <u>Date Dose #1</u> |
|--------------------|--|---|---------------------|
|                    | IM, 0. _____ ml,<br>(Circle which side)<br><br>R    L    Deltoid |   |                     |
| <u>Lot# Dose 2</u> | <u>Dose, Route, Site</u>   | <u>Provider's Signature &amp; Title</u> | <u>Date Dose #2</u> |
|                    | IM, 0. _____ ml<br>(Circle which side)<br><br>R    L    Deltoid  |   |                     |

Preguntas

Ronda de respuestas

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Ha dado usted positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?   | Sí | NO |
| 2. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?  | Sí | NO |
| 3. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales COVID-19 o plasma de convalecencia en los últimos 90 días?                                     | Sí | NO |
| 4. ¿Ha tenido una reacción anafiláctica a una vacuna COVID-19 administrada previamente o a cualquier componente de una vacuna COVID-19? | Sí | NO |

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

5. Es alérgico a alguna vacuna? Las vacunas Pfizer y Moderna para COVID-19 NO contienen látex, huevo ni conservantes Sí NO

6. ¿Ha tenido una reacción grave a la vacuna COVID-19 anterior? Sí NO  
Una reacción NORMAL después de la vacunación por COVID incluye lo siguiente. Estos síntomas pueden ser más severos después de la segunda dosis.

- |   |  |
|---|--|
| I. Artralgia (malestar o dolor en las articulaciones) | V. Dolor de cabeza   |
| II. Fatiga  | VI. Mialgia (malestar o dolor en los músculos)                 |
| III. Fiebre   | VII. Náusea  |
| IV. Escalofríos                                       | VIII. Dolor o enrojecimiento local en el lugar de la inyección |

7. ¿Está usted embarazada? Sí NO

Estoy embarazada o dando de lactar, ¿ Puedo ser vacunada? Si, pero es recomendable que usted reciba información adicional sobre los ensayos previos a la vacunación y los riesgos conocidos de las vacunas.

- Ni la vacuna Pfizer / BioNtech o Moderna se han estudiado en personas embarazadas o que pueden quedar embarazadas, por lo que el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos sugiere una conversación entre el paciente y el proveedor sobre los riesgos y beneficios de la vacunación para estas personas.
- Si bien algunas personas quedaron embarazadas, durante los ensayos clínicos no hubo suficientes casos para hacer determinaciones sobre seguridad.
- Si bien las vacunas de mRNA son nuevas para su uso en humanos, el mRNA de la vacuna se degrada rápidamente por los procesos celulares normales y no ingresa al núcleo de la célula. Según los conocimientos actuales, los expertos creen que es poco probable que las vacunas de mRNA representen un riesgo para la persona embarazada o el feto. Sin embargo, se desconocen los riesgos potenciales de estas vacunas de mRNA porque no se han hecho estudios adecuados en personas embarazadas.
- Todas las vacunas pueden provocar reacciones en el sistema inmune, incluyendo fiebre. La fiebre puede causar problemas en el desarrollo fetal, aunque este riesgo es pequeño y las consecuencias de la vacunación en general durante el embarazo son raras.
- Debido a las consecuencias de una infección unida al COVID-19, donde se recomiendan las vacunas de mRNA; por ejemplo la población de los trabajadores de la salud, se debe ofrecer la vacuna a quienes están o pueden quedar embarazadas, especialmente donde la propagación de la enfermedad en la comunidad es preocupante.
- Las personas lactantes no fueron incluidas en la mayoría de los ensayos clínicos. ACOG recomienda que las preocupaciones teóricas sobre la seguridad de vacunar a las mujeres lactantes no supere los posibles beneficios. No es necesario que las pacientes que reciben la vacuna COVID-19 interrumpan la lactancia.

Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna COVID-19 durante mi embarazo y acepto recibir la vacuna.

\_\_\_\_\_ Inicial

8. ¿Tiene alguna condición que compromete su sistema inmunológico (VIH, trasplante de órganos sólidos, terapias inmunosupresoras, etc.)? Sí NO

Si es así, asegúrese de analizar la programación óptima de la vacunación con su proveedor.

**EN CASO AFIRMATIVO:**

Estoy inmunodeprimido por un medicamento que tomo / por una condición, ¿puedo vacunarme?

Sí, la vacuna COVID-19 es segura para usted. Si tiene un sistema inmunológico comprometido, la vacuna puede ser menos efectiva, pero no debería producir efectos secundarios adicionales.

Tenga en cuenta que los pacientes inmunodeprimidos no se incluyeron en los ensayos clínicos, a excepción de un pequeño número de pacientes con VIH.

Entiendo que las vacunas COVID-19 no se han estudiado en pacientes inmunodeprimidos y acepto recibir la vacuna.

\_\_\_\_\_ Inicial

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

- Entiendo que si no doy una respuesta precisa a cualquiera de las preguntas de evaluación de COVID-19, podría aumentar el riesgo de el daño que la vacuna pueda producir en mí.
- Entiendo que el medicamento de la vacuna COVID-19 ha sido aprobado por Emergencia. Tiene Autorización de uso por Emergencia (EUA) del FDA y no ha recibido la aprobación total de la FDA.
- Se me ha informado, entiendo y reconozco la necesidad de esperar 15 minutos después de recibir la vacuna COVID-19 antes de operar cualquier equipo pesado y / o conducir un vehículo dado el riesgo de una reacción adversa, incluida la pérdida del conocimiento. Entiendo y reconozco que si opto por operar equipo pesado y / o conducir un vehículo dentro de los 15 minutos de recibir la vacuna, yo acepto la responsabilidad exclusiva de todos los riesgos asociados, ya sean conocidos o desconocidos; y que mantendré a Northern Light Health, sus empleados, agentes, contratistas y oficiales libres de todo perjuicio, lesión, daño y / o daño asociado con mi decisión de operar maquinaria pesada y / o conducir un vehículo y estoy de acuerdo en resarcir y / o librar para siempre a Northern Light Health, sus agentes, empleados, funcionarios, directores, aseguradoras, subsidiarias y afiliadas, de cualquier y todo tipo de: reclamos, demandas, acciones, responsabilidades, daños, reclamos por daños punitivos o liquidaciones, reclamos por honorarios de abogados, costos y desembolsos, reclamos de acciones colectivas o individuales, y reclamos de cualquier otro tipo, ya sean conocidos o desconocidos, en derecho o equidad, contrato o agravio, hechos o presentados por cualquier tercero que surja de o de alguna manera se relacione con mi decisión de operar equipo pesado y / o conducir un vehículo dentro de los 15 minutos de recibir la vacuna COVID-19. Los reconocimientos y liberaciones descritos en este párrafo serán vinculantes para mis herederos, representantes personales, administradores, albaceas y cesionarios.
- Entiendo los beneficios y riesgos de recibir la vacuna COVID-19 y que ningún medicamento está exento del riesgo de daño, incluso en pacientes sin factores de riesgo.
- Evitaré recibir otras vacunas durante los próximos 14 días después de recibir la vacuna COVID-19.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha (mes / día / año): \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor (si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha (mes / día / año): \_\_\_\_\_

Tenemos cuatro documentos importantes que queremos que conozca:

- Nuestro Aviso de prácticas de privacidad que explica sus derechos cuando se trata de su información médica y cómo usamos y compartimos esta información.
- Sus derechos y responsabilidades como paciente.
- El estado de Maine participa en un intercambio de registros de salud en todo el estado llamado [HealthInfoNet](#). (Red de Información de Salud) Compartimos información médica a través de este intercambio, a menos que usted elija no participar. Si desea optar por no participar, el formulario de exclusión voluntaria está disponible en la página web de [HealthInfoNet](#) (Red de Información de Salud) o en la página web de Northern Light Health.
- Un resumen de nuestra Política de asistencia financiera, que explica el programa de asistencia financiera que ofrecemos a quienes califican.
- Estoy de acuerdo con el Consentimiento para el tratamiento de Northern Light Health. Reconozco que puedo solicitar una copia de: (a) El Consentimiento para el tratamiento de Northern Light Health, (b) El Aviso de prácticas de privacidad de Northern Light Health, (c) Los Derechos y responsabilidades del paciente, (d) información sobre el intercambio de información médica, incluida la oportunidad de optar por no participar y, (e) El resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera de Northern Light Health por parte del personal de la clínica.
- Doy mi consentimiento para recibir servicios.
- Doy mi consentimiento para ser vacunado contra COVID-19.

Entiendo que la vacuna a la que doy mi consentimiento requiere dos dosis para producir inmunidad a COVID-19 y que es necesario que reciba ambas dosis de la vacuna según lo programado.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha (mes/día /año): \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor (si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha (mes/día /año): \_\_\_\_\_