



**DEPARTAMENTO DE SALUD DE WEBER-MORGAN**  
**Información de la Clínica de Inmunización**  
**Formulario de consentimiento informado para la COVID-19**

SOLO PARA USO INTERNO  
 K , S , A

Gracias por asistir a la Clínica de Inmunización contra la COVID-19 del Departamento de Salud de Weber-Morgan. Por la seguridad suya y de otros, permanezca dentro de su vehículo y respete las señales y a quienes dirigen el tránsito.

- **Lea la declaración de información sobre la vacuna que se muestra abajo.** Responderá las preguntas que pueda tener sobre la vacuna.
- **Vacuna contra la COVID-19 de Moderna:** <https://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua/eua-fact-sheet-recipients.pdf>
- **Vacuna contra la COVID-19 de Comirnaty(Pfizer-BioNTech):** <https://www.fda.gov/media/144414/download>

*Complete la siguiente información para la persona que recibe la vacuna.*

Nombre y apellido legítimos: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Origen étnico (elige uno): Hispano, no Hispano, no responderé

Me han dado una copia y he leído, o se me ha explicado, la información contenida en la Declaración de información sobre la vacuna para la persona que recibe la(s) vacuna(s). Comprendo los riesgos y beneficios de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) sea(n) administrada(s) a mí o a la persona para la cual estoy autorizado a presentar esta solicitud. Estoy de acuerdo en que esta información pueda compartirse con escuelas, guarderías infantiles, proveedores de atención médica y otros cuando sea necesario desde el punto de vista médico. Comprendo que es mi responsabilidad saber lo que cubre mi plan de seguro médico y estoy de acuerdo en pagar la parte que no se cubra. Entiendo que si el Departamento de Salud de Weber-Morgan no tiene un contrato con mi compañía aseguradora, o si la compañía aseguradora niega el pago, soy responsable de todos los gastos efectuados. Por la presente, se me notifica que el Aviso sobre las prácticas de privacidad del Departamento de Salud de Weber-Morgan se encuentra en su sitio web en [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org), y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información de salud pública.

La persona que recibe la vacuna:

- ¿Estuvo enferma durante la última semana con algo más grave que un resfriado?  No  Sí
- ¿Tuvo una reacción grave a vacunas anteriores?  No  Sí
- ¿Tuvo una alergia grave a algunos alimentos o medicamentos?  No  Sí  
Si la respuesta es "Sí", especifique: \_\_\_\_\_
- ¿Estás inmunodeprimido?  No  Sí
- ¿Ha estado enfermo con COVID-19 en los últimos 90 días?  No  Sí  
Si la respuesta es "Sí", recibió plasma de convaleciente o tratamiento con anticuerpos monoclonales?  No  Sí
- Si es mujer, ¿se encuentra embarazada o amamantando?  No  Sí
- Cual dosis va a recibir?    dosis uno     dosis dos     dosis tres (inmunodeprimido)     refuerzo
- Marca: Pfizer/Comirnaty  Moderna     dosis #1 fecha: \_\_\_\_\_    dosis #2 fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor/cliente:** \_\_\_\_\_

\*\*\* Space Below for Office Only\*\*\*

<b>Vaccine Given:</b>	<b>Site:</b>	<b>Date:</b> _____
<input type="checkbox"/> Moderna Booster _____ 0.25 ml	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh	<b>Vaccinator's Signature:</b> _____
<input type="checkbox"/> Moderna COVID _____ 0.5 ml	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh	
<input type="checkbox"/> Pfizer 5-11yr _____ 0.2 ml	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh	
<input type="checkbox"/> Pfizer COVID _____ 0.3 ml	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R Del/Thigh	

Notes: \_\_\_\_\_