



Por favor complete este formulario completamente.  
No podemos administrar la vacuna hasta que se proporcione toda la información requerida y se otorgue el consentimiento  
Se leen y firman. Gracias por su cooperación

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Consentimiento de vacunación COVID-19

1. ¿Te sientes mal hoy?  Sí  No
2. ¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna COVID? \_\_\_\_\_  Sí  No
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (p. Ej., Necesita epinefrina o atención hospitalaria) a una dosis anterior?  Sí  No  
de esta vacuna oa alguno de los componentes de esta vacuna?
4. ¿Ha recibido alguna terapia con anticuerpos COVID-19 en los últimos 90 días (p. Ej., Regeneron, Bamlanivimab, plasma de convalecencia, etc.)?  Sí  No
5. ¿Ha tenido anafilaxia o una reacción alérgica grave a otra vacuna o medicamento inyectable? Marque todo lo que le corresponda:  Sí  No

- Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis.
- Tuvo una reacción alérgica grave a algo que no sea una vacuna o terapia inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, veneno, medicamentos ambientales u orales.
- Tenía COVID-19 y fue tratado con anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia
- Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19
- Tiene un sistema inmunológico debilitado (es decir, infección por VIH, cáncer) Toma medicamentos o terapias inmunosupresores
- Tiene un trastorno hemorrágico
- Toma un anticoagulante
- Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)
- Actualmente estoy embarazada o amamantando
- Ha recibido rellenos dérmicos

Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente y confirmar que el paciente tiene al menos 12 años de edad; o (c) autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento a HAPPI Health (HAPPI) o sus agentes para administrar la vacuna COVID-19.

• Entiendo que este producto no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado para uso de emergencia por la FDA, bajo una EUA para prevenir la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) para uso en personas mayores de 18 años; y el uso de emergencia de este producto solo está autorizado mientras dure la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización del uso de emergencia del producto médico bajo la Sección 564 (b) (1) de la Ley FD&C, a menos que la declaración sea cancelada o la autorización revocada cuanto antes.

• Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con recibir la (s) vacuna (s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna anterior y he recibido, leído y / o me había explicado la Hoja de datos de autorización de uso de emergencia sobre la vacuna COVID-19 que elegí recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.

Reconozco que me han aconsejado que permanezca cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más en casos específicos) después de la administración para observación. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.

• En nombre mío, de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo a HAPPI Health y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliadas, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas, que surjan de, en conexión con, o de alguna manera relacionada con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.

• Reconozco que: (a) Entiendo que los propósitos / beneficios del registro de vacunación de ImmPRINT Alabama incluirán mi información de vacunación personal en ImmPRINT y mi información de vacunación personal se compartirá con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales.

• Además, autorizo a HAPPI o sus agentes a presentar un reclamo a mi proveedor de seguros o la Parte B de Medicare sin el pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a HAPPI o sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago por el cual soy financieramente responsable vence al momento del servicio o si HAPPI me factura después del tiempo del servicio, al recibir dicha factura.

• Acuso recibo del Aviso de derechos de

Firma del paciente o representante

privacidad Proveedor / RN sig: