

Alta Vista High School

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE)				
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL NOMBRE DEL MEDIO:
FECHA DE NACIMIENTO: MES	DÍA	AÑO	NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL (PACIENTE O ENCARGADO)	
ADDRESS			# DE APTO/CUARTO	
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL: APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL NOMBRE DEL MEDIO:
GÉNERO (GÉNERO ASIGNADO AL NACER)	RAZA		ETNICIDAD	
FEMENINO MASCULINO	INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA ASIÁTICO BNEGRO O AFRICANO AMERICANO NATIVO DE HAWÁI U OTRO ISLEÑO DEL PACIFICO	BLANCO OTRO ASIÁTICO OTRA RAZA NO BLANCA OOTRO ISLEÑO DEL PACIFICO DESCONOCIDO	HISPANO O LATINO NO HISPANO O LATINO DESCONOCIDO	
# DE ID DE LA ASEGURADORA PRIMARIA:		# DE GRUPO		
COMPAÑÍA ASEGURADORA:		# DE TELÉFONO DE COMPAÑÍA ASEGURADORA:		
NOMBRE DEL ASEGURADO:		PARENTESCO:	FECHA DE NAC DEL ASEGURADO:	
# DE ID DE LA ASEGURADORA SECUNDARIA:		# DE GRUPO		
COMPAÑÍA ASEGURADORA:		# DE TELÉFONO DE COMPAÑÍA ASEGURADORA:		
NOMBRE DEL ASEGURADO:		PARENTESCO:	FECHA DE NAC DEL ASEGURADO:	
¿ES ÉSTA LA PRIMERA O LA SEGUNDA DOSIS DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19?		PRIMERA DOSIS	SEGUNDA DOSIS	

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE SELECCIÓN DE COVID-19		
(LA SECCIÓN 2 SE COMPLETARÁ CON EL PACIENTE JUSTO ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA)		
FAVOR DE MARCAR SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA		
¿Tiene usted hoy o ha tenido en cualquier momento en los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida de gusto u olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos o diarrea?	SÍ	NO
¿Ha dado positivo y/o ha sido diagnosticado con infección por COVID-19 en los últimos 10 días?	SÍ	NO
¿Ha tenido una reacción alérgica severa (p. ej., haber necesitado epinefrina o atención hospitalaria) a una dosis previa de esta vacuna o a alguno de los ingredientes de esta vacuna?	SÍ	NO
¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días (p. ej., vacuna contra la gripe, etc.)?	SÍ	NO
¿Ha tenido alguna terapia de anticuerpos COVID-19 en los últimos 90 días (p.ej. Regeneron, Bamlanivimab, COVID Convalescent Plasma, etc.)	SÍ	NO
SECCIÓN 3: GUÍA PARA LA DETECCIÓN DE VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
FAVOR DE MARCAR SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA		
¿Lleva un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimentos, vacunas o látex?	SÍ	NO
Para las mujeres, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada?	SÍ	NO
Para las mujeres, ¿está amamantando?	SÍ	NO
¿Está usted inmunodeprimido o con un medicamento que afecta a su sistema inmunológico?	SÍ	NO
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante/anticoagulante?	SÍ	NO
¿Ha recibido una dosis previa de alguna vacuna contra COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué vacuna del fabricante recibió:	SÍ	NO

## Alta Vista High School

- Certifico que soy: (a) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 12 años de edad; o (c) legalmente autorizado para dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, doy mi consentimiento a Inspire Diagnostics o sus agentes para administrar la vacuna contra el COVID-19.
- Entiendo que este producto no ha sido aprobado o autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado para su uso de emergencia por la FDA, bajo una EUA para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) para su uso en personas de 12 años o más o 18 años de edad y mayores; y el uso de emergencia de este producto sólo se autoriza durante la duración de la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización de uso de emergencia del producto medico bajo la Sección 564(b)(1) de la Ley FD&C, a menos que la declaración sea cancelada o revocada antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con la recepción de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna anterior y he recibido, leído y/o me han explicado la hoja informativa de autorización de uso de emergencia de la vacuna contra COVID-19 que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.
- Reconozco que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más en casos específicos) después de la administración para la observación. Si tengo una reacción grave, llamaré al 911 o iré al hospital más cercano.
- A nombre mio, de mis herederos y representantes personales, libero y mantengo inofensivo a Inspire Diagnostics y su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, conocidas o desconocidas, derivadas de la administración de la vacuna antes mencionada, o relacionadas con ella.
- Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios del registro de inmunización del estado y que (b) Inspire Diagnostics incluirá mi información personal de inmunización en el registro estatal apropiado y mi información personal de inmunización será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales.
- Además autorizo a Inspire Diagnostics o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o Medicare Parte B sin pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito el pago de beneficios autorizados en mi nombre a Inspire Diagnostics o sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago por el que sea financieramente responsable es debido en el momento del servicio o si Inspire Diagnostics me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.

Firma del paciente o representante autorizad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el Nombre y el parentesco del representante a la persona recibiendo la vacuna: \_\_\_\_\_

### Solo para uso administrativo

Sitio	Fabricante	# de Lote Unidad de	Fecha de Expiracion

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

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe o envíe este formulario por correo electrónico a [kathymorse@vistausd.org](mailto:kathymorse@vistausd.org)