



COVID-19 VACCINE SCREENING AND CONSENT FORM

Location ID: _____ Edad: _____

SECCION 1: INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: APELLIDO: _____		NOMBRE: _____		INICIAL SEGUNDO NOMBRE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: MES DIA AÑO			TELEFONO MOVIL # (Paciente o tutor): ()		
DIRECCION: _____				# APT/CUARTO: _____	
CIUDAD: _____		ESTADO: _____		CODIGO POSTAL: _____	
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL: APELLIDO: _____		NOMBRE: _____		INICIAL SEGUNDO NOMBRE: _____	
Sexo: (Genero asignado al nacer) <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male		La raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro no blanco <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	
Origen etnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> 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: _____					
Compañía Aseguradora : _____		# de Teléfono de Compañía Aseguradora _____			
Nombre del Asegurado: _____		Parentesco: _____		Fecha de Nac del Asegurado _____	

SECCIÓN 2: LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA VACUNACIÓN PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que NO DEBE vacunarse contra el COVID-19 hoy. Si responde "Sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Simplemente significa que se pueden hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.	SI	NO	NO LO SE
1. ¿Te sientes enfermo hoy?			
2a. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué producto(s) de vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otro producto _____			
2b. ¿Cuántas dosis de vacuna contra el COVID-19 ha recibido? <input type="checkbox"/> PRIMERA dosis <input type="checkbox"/> SEGUNDA dosis <input type="checkbox"/> Refuerzo 1 <input type="checkbox"/> Refuerzo 2 <input type="checkbox"/> Refuerzo 3			
2c. ¿Tienes tu cartilla de vacunación u otra documentación?			
3. ¿Tiene alguna condición de salud o está bajo tratamiento que lo hace moderada o severamente inmunocomprometido? (Esto incluiría, entre otros, tratamiento para el cáncer, el VIH, recibir un trasplante de órganos, terapia inmunosupresora o corticosteroides en dosis altas, terapia de células CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o inmunodeficiencia primaria moderada o grave.			
4. ¿Ha recibido la vacuna COVID-19 antes o durante el trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o las terapias de células CAR-T?			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo obligó a ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causado urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).			
• Un componente de la vacuna COVID-19			
• Una dosis previa de la vacuna COVID-19			

<p>6. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo obligó a ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas las sibilancias .)</p>			
<p>7. Marque todo lo que le corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS)</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)?</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré (GBS)</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de un síndrome inmunomediado definido por trombosis y</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Tiene antecedentes de enfermedad por COVID-19 en los últimos 14 días? trombocitopenia, como la trombocitopenia inducida por heparina (HIT)</p>			

- Certifico que soy: (a) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente y confirmar que el paciente tiene al menos 5 años de edad; o (c) legalmente autorizado para dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento a Inspire Diagnostics o sus agentes para administrar la vacuna COVID-19.
- Recibí/leí (o me leyeron) la(s) declaración(es) de información sobre la vacuna, la(s) hoja(s) de información sobre la vacuna y la(s) hoja(s) de información del paciente con respecto a la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos/beneficios de la vacunación. Asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier reacción/consecuencia que pueda resultar. Entiendo que debo permanecer en la administración de vacunas durante 15 minutos, o más si se me indica, para monitorear posibles reacciones adversas. En caso de efectos secundarios, entiendo que debo llamar a mi médico. En caso de reacción severa, entiendo llamar al 911.
- También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- En mi nombre, mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad a Inspire Diagnostics y su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamo, ya sea que se conozcan o desconocido que surja de, en conexión con, o de alguna manera relacionado con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.
- Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios del registro de vacunación del estado y (b) Inspire Diagnostics incluirá mi información de vacunación personal en el registro estatal apropiado y mi información de vacunación personal se compartirá con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo a Inspire Diagnostics o a sus agentes a presentar un reclamo a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que se realice el pago de los 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 cual soy financieramente responsable vence en el momento del servicio o si Inspire Diagnostics me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.

Firma del paciente (o padre / tutor): _____

Fecha: _____

Sitio del cuerpo	Fabricante	# Lote	Fecha de expiración	Dosis
Deltoides derecho				
Deltoides izquierdo				

Administrado por /
Título:

Fecha:

Firma:

Nombre: