

VACUNA MODERNA COVID-19 REGISTRACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA



FREEHOLD AREA HEALTH DEPARTMENT
Working Hard to Keep You Healthy
732-294-2060

Departamento de Salud del Area de Freehold

Por favor escribe claramente

NOMBRE (apellido, primer nombre)		CORREO ELECTRÓNICO				
DIRECCIÓN						
MUNICIPALIDAD		ESTADO		ZIP		
NÚMERO DE TELÉFONO		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		
GÉNERO: <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> MASCULINO		RAZA (un círculo) INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA		BLANCO		
ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO		NEGRO O AFROAMERICANO		ASIÁTICO		
<input type="checkbox"/> NO HISPANO		NATIVO DE HAWAI U OTRA ISLA DEL PACÍFICO		OTRO		
<input type="checkbox"/> PREFERE NO ESPECIFICAR		PREFERE NO ESPECIFICAR				
MEDICARE Parte B #		Compañía de Seguro Medico:				
		Grupo #		Póliza #		
Por favor contestar las siguientes preguntas:				Sí	No	FAHD
1. ¿Se siente enfermo hoy?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? • Date Rec'd: _____ Manufacturer/Brand: _____ 						
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).						
<ul style="list-style-type: none"> • Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia. ○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos. • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19. • Una vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál provocó la reacción inmediata. 				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, medio ambiente o medicamentos que se toman por la boca.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunodepresores?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. ¿Está embarazada o amamantando?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ¿Tiene materiales de relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MODERNA COVID-19 Consentimiento de Vacuna

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL AREA DE
FREEHOLD



FREEHOLD AREA HEALTH DEPARTMENT
Working Hard to Keep You Healthy
732-294-2060

- **Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) he leído o el Departamento de Salud del Area de Freehold me explicó** la información adjunta sobre COVID-19 y la vacuna contra COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tuve la oportunidad de preguntar preguntas sobre COVID-19 y la vacuna que fueron contestados a mi satisfacción, y yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tengo (tenemos) 18 años o más. He sido informado sobre el aviso de prácticas de privacidad. Si estoy firmando en nombre de otro individuo, estoy autorizado a firmar en nombre de esa persona.
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) no soy (o es) alérgico a la epinefrina (adrenalina) el medicamento que se usa contra una reacción alérgica a la vacuna contra el COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) no soy (no es) alérgico al látex. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en nombre de) actualmente no tengo (no tiene) fiebre o síntomas de una infección aguda.
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que inmunización contra el COVID-19 requiere dos inyecciones/dosis que están separados por al menos 28 días, yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que recibiendo la vacuna no me protege (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) totalmente contra COVID-19 u otras enfermedades que parece COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que si yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tengo (tiene) una condición de (o estoy recibiendo tratamiento que causa) supresión inmune (la reducción de la capacidad de mi cuerpo para combatir infección o enfermedades) la eficacia de la vacuna puede disminuir. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) los riesgos y beneficios de la vacuna. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que la persona vacunada será inscrita en el New Jersey Immunization Information System (NJIS) de conformidad con Orden Ejecutiva #207 del estado de Nueva Jersey. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) puedo (puede) solicitar por escrito para retirarme del NJIS después del curso completo de la vacunación y la eliminación surtirá efecto 30 días después de que haya expirado la Emergencia de Salud Pública.
- **Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que es la responsabilidad mía de quedarme en la zona de la vacunación por 15 minutos después que yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) recibí (recibió) la vacuna, en caso que que yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tengo (tiene) una reacción adversa.**
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) acepto (acepta) recibir la vacuna contra el COVID-19, yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) libero **el Departamento de Salud de la municipalidad de Freehold, la municipalidad de Wall, el Boro de Freehold, y sus empleados, servidores, representativos, oficiales, y agentes (juntos, las "Indemnizaciones")** de cualquier responsabilidad por darme (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) la vacuna contra COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) acepto (acepta) indemnizar, defender, y mantener las indemnizaciones sin ofensa de cualquier clamor hecho por cualquier persona, (incluyendo la persona por la cual estoy firmando en su nombre). Si la Parte B de Medicare es elegible, u otro seguro está proveído, yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) autorizo (autoriza) FAHD para facturar Parte B de Medicare u otro seguro para la inmunización y yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) autorizo (autoriza) Medicare u otros beneficios del seguro a pagar directamente a FAHD.
- **Mi firma (o la firma de la persona por la cual estoy firmando en su nombre) en esta forma significa que toda la información proporcionada en la Registración y Consentimiento es verdad al mejor de mi conocimiento. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que esta forma y mi firma abajo son vinculantes para mí, mis herederos, sucesores y representativos personales y legales, así como los de la persona por la cual estoy firmando en su nombre. Si no soy la persona que va a recibir la vacuna. Yo garantizo que tengo la autorización para acceder por la persona quién va a recibir la vacuna.**

Firma: _____

Fecha: _____

Relación de la persona que se va a vacunar (circule uno): PROPIO PADRE TUTOR PODER MÉDICO

OFFICIAL USE ONLY		Manufacturer: Moderna
Vaccination Site: <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Deltoid		Lot Number:
		Expiration Date:
Clinic Location: _____	EUA Fact Sheet Publication Date:	Date Given: _____
Vaccine Administered By: _____	Date: _____	