

**VACUNA PFIZER-BIONTECH COVID-19 FORMULARIO DE REGISTRO Y
CONSENTIMIENTO (Age 5-11)**



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

Departamento de Salud del Area de Freehold

Escribe claramente

NOMBRE (apellido, primer nombre)		CORREO ELECTRÓNICO				
DIRECCIÓN						
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONO		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		
GÉNERO: <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE		RAZA (circule uno) Indio Americano o Nativo de Alaska		Blanco		
ETNIA: <input type="checkbox"/> HISPANO o LATINO		AfroAmericano		Asiático		
<input type="checkbox"/> NO HISPANO		Nativo Hawaiano u Otras islas del Pacifico		Otro		
<input type="checkbox"/> PREFIERO NO ESPECIFICAR		Prefiero no especificar				
MEDICARE Parte B #		Compañía de Seguro de Salud: Grupo # Poliza #				
Por favor, conteste a las siguientes preguntas:				Si	No	FAHD
1. ¿Se siente enferma la persona que va a vacunarse hoy?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿La persona que se va a vacunar ha recibido previamente una dosis de la vacuna COVID-19? En caso que, si la ha recibido, ¿fecha de la última vacunación y qué producto de vacuna recibió? Fecha recibida: _____ Fabricante/Marca: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. Ej., Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)						
<input type="checkbox"/> Un componente de una vacuna COVID-19 que incluya cualquiera de los siguientes:						
<input type="checkbox"/> Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas con película y esteroides intravenosos.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Una dosis previa de la vacuna COVID-19.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Una vacuna o terapia inyectable que contiene múltiples componentes, uno de los cuales es un componente de la vacuna COVID-19, pero no se sabe qué componente provocó la reacción inmediata.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez 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 llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, o alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a los alimentos, las mascotas, el veneno, el medio ambiente o los medicamentos orales.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿La persona que se va a vacunar ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



7. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una prueba positiva para COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que usted tenía COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿La persona que se va a vacunar ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿La persona que se va a vacunar tiene un sistema inmunológico debilitado debido a algo como una infección por VIH o cáncer o usted toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿La persona que se va a vacunar tiene un trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. ¿La persona que se va a vacunar está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ¿La persona que se va a vacunar tiene rellenos dérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, ¿su proveedor de atención médica discutió y recomendó la administración de la vacuna COVID19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACUNA FORMA DE CONSENTIMIENTO

DEPARTAMENTO DE SALUD del AREA DE FREEHOLD

- **Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) he leído o me ha explicado el personal del Departamento de Salud del Área de Freehold la información adjunta sobre COVID-19 y la vacuna COVID-19. Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre COVID-19 y la vacuna que fueron respondidas a mi satisfacción, y yo (y la persona en cuyo nombre estoy firmando) tengo 18 años de edad. o mayor. Me han informado del Aviso de prácticas de privacidad. Si firmo en nombre de otra persona, estoy autorizado a firmar en nombre de esa persona.**
- Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) no soy alérgico a la epinefrina (adrenalina), el medicamento que se usa para contrarrestar una reacción alérgica a una vacuna COVID-19. Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) no soy alérgico al látex.
- Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) no tienen actualmente fiebre ni síntomas de una infección aguda.
- Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) entiendo que la vacuna Pfizer COVID-19 requiere dos inyecciones / dosis, y yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) entiendo que recibir la vacuna no protege completamente yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) contra el COVID-19 u otras enfermedades que se asemejen al COVID-19. Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) entiendo además que si yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) tengo una condición de (o estoy recibiendo tratamiento que causa) inmunosupresión (la reducción en la capacidad de mi cuerpo para luchar infección y enfermedad), la eficacia de la vacuna en la prevención COVID-19 puede verse disminuida. Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) creo que entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna.
- Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) entiendo que la persona vacunada será inscrita en el Sistema de Información sobre Inmunizaciones de Nueva Jersey (NJIS) de conformidad con la Orden Ejecutiva # 207 del estado de Nueva Jersey. Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) podemos solicitar por escrito retirarnos de NJIS después de completar el ciclo completo de vacunación COVID-19 y dicha eliminación entrará en vigencia 30 días después de que expire la Emergencia de salud pública.
- **Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) entiendo que es mi responsabilidad permanecer en el área de vacunación durante 15 minutos después de que yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) reciba la vacuna, en caso de que yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) experimenta una reacción.**
- Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) acepto recibir la vacuna COVID-19, y yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) por la presente libero al Pueblo de Freehold, al Pueblo de Wall, al pueblo del Borough de Freehold, Departamento de Salud y sus empleados, sirvientes, representantes, funcionarios y agentes (en conjunto,

los "Indemnizados") de cualquier responsabilidad por darme (o la persona en cuyo nombre firmo) la vacuna COVID-19. Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) acepto indemnizar, defender y mantener las indemnizaciones indemnes de cualquier reclamo realizado por cualquier persona (incluida la persona en cuyo nombre estoy firmando).

Mi firma (o la firma de la persona en cuyo nombre estoy firmando) en este formulario significa que toda la información proporcionada en el Formulario de registro y consentimiento es verdadera a mi leal saber y entender. Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) entiendo que este formulario y mi firma a continuación son vinculantes para mí y mis herederos, sucesores y representantes personales y legales, así como para los de la persona en cuyo nombre estoy firmando. Si no soy la persona que se va a vacunar. Garantizo que tengo la autoridad para dar este consentimiento para que la persona sea vacunada.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Relación con la persona a vacunar

(circula una): PROPIO _____ PADRE _____ TUTOR _____ PODER MÉDICO DE ABOGADO _____

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