

Consentimiento para la vacuna de COVID de EEH (Johnson & Johnson/ Janssen)

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

DOMICILIO: _____

CIUDAD/ESTADO: _____ **TELÉFONO:** _____

¿Es empleado de Edward-Elmhurst? _____ N.º de identificación de empleado: _____

Fabricante: Johnson & Johnson/ Janssen	Sí	No	No sé
Evaluación			
1. ¿Tiene actualmente algún síntoma de COVID o cualquier otra enfermedad, como fiebre , tos, falta de aliento, dolor de garganta, náuseas o diarrea?			
2. En los últimos 90 días, ¿ha resultado positivo para COVID-19?			
3. SI #2 ES SÍ: ¿Recibió plasma de convaleciente/ anticuerpos monoclonales?			
4. SI #2 ES SÍ ¿Le diagnosticaron Síndrome Inflamatorio Multisistémico?			
5. En las últimas 2 semanas, ¿ha estado en contacto con alguien que resultó positivo para COVID-19?			
6. ¿Alguna vez ha tenido una reacción o se ha desmayado después de recibir una vacuna o algún inyectable, incluido para COVID-19?			
7. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes?			
8. ¿Ha recibido otra dosis de cualquier vacuna de COVID-19? Si es así: Fecha _____ Marca _____			
9. ¿Está embarazada o amamantando, o tiene planes de embarazarse?			
10. ¿Ha tenido algún episodio de un síndrome mediado por inmunidad caracterizado por trombosis y trombocitopenia, como HIT, en los últimos 90 días?			
11. ¿Alguna vez le han diagnosticado Síndrome de Guillain-Barré?			

Autorizo a Edward-Elmhurst Health, a nombre de sus asociados que proporcionan servicios de salud (p. ej., Edward Hospital, Elmhurst Hospital, Linden Oaks Hospital, Edward Health Ventures) (“EEH”) para que me administre la vacuna de COVID-19. Comprendo que EEH se basa en la información médica proporcionada por mí más arriba para la administración de la vacuna. Comprendo que EEH, sus empleados y médicos no son responsables por cualquier efecto negativo de la vacuna debido a que la información que proporcioné no fuera precisa o estuviera incompleta. Comprendo que recibir la vacuna no es requerido y no es una condición para mi empleo con EEH. Comprendo que recibir la vacuna requiere que me suscriba en el Illinois Comprehensive Automated Immunization Registry Exchange (ICare). **Certifico que he leído, comprendo y me entregaron una copia de la Autorización de Uso de Emergencia actual y/o la Hoja de Información para esta vacuna que explica el propósito, efectos secundarios y posibles complicaciones de esta vacuna y que, después de revisar dichos documentos, doy mi consentimiento para la administración de la vacuna de COVID-19.**

Firma del paciente _____ **Fecha** _____