

Consentimiento para la vacuna de COVID de EEH (Pfizer/Moderna)

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

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

Fabricante: Pfizer o Moderna	Sí	No	No sé
Evaluación			
1. ¿Tiene actualmente alguno de los síntomas de COVID, o cualquier otra enfermedad, como fiebre , tos, falta de aliento, garganta irritada, náusea o diarrea?			
2. En los últimos 90 días, ¿tuvo un resultado positivo en la prueba de COVID-19?			
3. SI 2 ES SÍ: ¿Recibió plasma de convaleciente/anticuerpos monoclonales?			
4. En las últimas 2 semanas, ¿ha estado en contacto con alguien que haya tenido un resultado positivo en la prueba de COVID-19?			
5. ¿Alguna vez tuvo una reacción a una vacuna previa, incluyendo la de COVID-19?			
6. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma algún anticoagulante?			
7. ¿Ya recibió otra dosis de cualquier vacuna de COVID-19? Si es sí: Fecha _____ Marca _____			
8. ¿Recibió alguna vacuna en los últimos 14 días?			
9. ¿Está embarazada o amamantando, o tiene planes de quedar embarazada?			

Doy mi permiso a Edward-Elmhurst Health, a nombre de sus afiliados que proveen servicios médicos (p. ej., Hospital Edward, Hospital Elmhurst, Edward Health Ventures) (“EEH”) para que me administren la vacuna de COVID-19. Comprendo que EEH confía en la información médica que proporcioné más arriba para administrar la vacuna. Comprendo que EEH, sus empleados y médicos no son responsables por ningún efecto negativo de la vacuna debido a información no precisa o incompleta proporcionada por mí. Comprendo que recibir la vacuna no es un requisito, ni una condición de mi empleo con EEH. Comprendo que para recibir esta vacuna es obligatorio optar ser parte del Registro Integral Automatizado de Inmunizaciones de Illinois (Illinois Comprehensive Automated Immunization Registry Exchange) (ICare). **Certifico que he leído, comprendo y me entregaron una copia de la Autorización de Uso de Emergencias 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 acepto la administración de la vacuna de COVID-19.**

Firma del paciente _____

Fecha _____