

**Consentimiento de EEH para la vacuna de COVID (Pfizer)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD/ESTADO:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**¿Es usted empleado de Edward Elmhurst? \_\_\_\_\_ Número de ID de empleado \_\_\_\_\_**

Fabricante: Pfizer	Sí	No	No sé
<b>Evaluación</b>			
1. ¿Tiene actualmente alguno de los síntomas de COVID, o cualquier otra enfermedad, como <b>fiebre</b> , 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. <b>SI 2 ES SÍ:</b> ¿Recibió plasma de convaleciente/anticuerpos monoclonales?			
4. <b>SI 2 ES SÍ:</b> ¿Ha sido diagnosticado con Síndrome Multisistémico Inflamatorio?			
5. En las últimas 2 semanas, ¿ha estado en contacto con alguien que dio positivo en la prueba de COVID-19?			
6. ¿Alguna vez tuvo una reacción o se desmayó después de una vacuna o inyección previa, incluyendo la de COVID-19?			
7. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma algún anticoagulante?			
8. ¿Ya recibió otra dosis de cualquier vacuna de COVID-19? Si es sí: Fecha _____ Marca _____			
9. ¿Está embarazada o amamantando, o tiene planes de quedar embarazada?			
10. ¿Ha tenido miocarditis o pericarditis (inflamación del corazón o del recubrimiento del corazón)?			

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 se requiere que me inscriba en la Central de Registro Integral de Inmunización Automatizada 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 \_\_\_\_\_