

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19 DE LOVELACE FAMILY MEDICINE

**SE DEBE COMPLETAR UN NUEVO FORMULARIO PARA CADA DOSIS**

PRIMERO NOMBRE (LEGAL)		APELLIDO		EDAD
FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	RAZA		
# DE SEGURO SOCIAL	DIRECCION			
CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO		EMAIL		
NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA / ID DE MIEMBRO			NO TENGO SEGURO
NOMBRE DEL GARANTE / TITULAR DE LA POLÍTICA	FECHA DE NACIMIENTO DEL GARANTE / TITULAR DE LA PÓLIZA			

¿TIENE FIEBRE O SE SIENTE ENFERMO HOY?    **SÍ / NO**

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACCIÓN ALÉRGICA QUE REQUISIERA TRATAMIENTO CON EPIPEN O QUE LE ORIGINARA IR AL HOSPITAL?    **SÍ / NO**

¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas o alergias a medicamentos, alimentos o vacunas?    **SÍ / NO**

¿Tiene antecedentes de MIS-C o MIS-A (síndrome inflamatorio multisistémico en niños o síndrome inflamatorio multisistémico en adultos)?    **SÍ / NO**

Al firmar a continuación, reconoce lo siguiente:  
Se ha puesto a su disposición información sobre la vacuna. No se garantiza que la vacuna que se le administrará evitará que contraiga COVID-19. Puede experimentar una reacción adversa, incluso inesperada, que incluye, entre otros, todos o algunos de los signos y síntomas enumerados en la Hoja de información de la vacuna. Está tomando una decisión informada para recibir la vacuna. Usted libera y libera completamente a Lovelace Family Medicine, sus afiliados y cesionarios, y sus funcionarios y empleados de cualquier enfermedad, lesión, pérdida o daño que pueda resultar de la administración de la vacuna. También acepta esperar en la zona de vacunación durante 15-30 minutos para el seguimiento y recibir tratamiento en caso de reacciones adversas. Se facturará a su compañía de seguros por la administración de la vacuna y cualquier servicio adicional proporcionado en caso de una reacción adversa. Si experimenta algún síntoma, como, entre otros, fiebre de más de 101.5 F, fatiga, escalofríos, dolor de cabeza, mialgia o dolor en el lugar de la inyección, comuníquese con su proveedor de atención médica lo antes posible. Si se trata de una emergencia, diríjase a su proveedor médico de emergencia más cercano si se puede hacer de manera segura o comuníquese con el 9-1-1. Reconozco que he tenido la oportunidad de leer, comprender y hacer preguntas sobre la vacuna y las Hojas de datos de la vacuna COVID-19 / VIS relacionadas con la vacuna que recibiré y acepto todos los riesgos asociados con esto. Autorizo a Lovelace Family Medicine a divulgar toda la información necesaria para procesar mis reclamos y brindar los servicios mencionados anteriormente.

FIRMA DEL DESTINATARIO / PACIENTE:	FECHA:
------------------------------------	--------

FIRMA DEL PARIENTE / GUARDIAN (SI EL RECIPIENTE TIENE MENOS DE 16 AÑOS)	IMPRESION DEL PARIENTE / GUARDIAN:
---	------------------------------------

<b>FOR STAFF USE ONLY</b>	<b>VACCINE INFO STICKER</b>
<b>Date of Service:</b>	

91322 - Moderna COVID-19 Vaccine 2023-2024 Formula 50mcg/0.5ml prefilled syringe    NDC: 80777-0102-01

Site: LEFT / RIGHT	DELTOID / THIGH	Monitor for: 15 minutes / 30 minutes
Administered by: _____	Documented by: _____	Scanned by: _____