

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE		
Apellido:	Primer nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:	
Sexo:		
¿Es usted empleado de Mason Health?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
1. ¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial u otro (especifique abajo) _____ <input type="checkbox"/> De origen latino o hispano <input type="checkbox"/> Rechazó responder		
2. ¿Lo han vacunado contra el Covid-19 antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí y es ≥ 5 años, ¿fue la última dosis hace más de 2 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí y la edad es < 5 años, el inmunizador debe consultar las directrices de los CDC para conocer las recomendaciones actuales según la historia de vacunación.		
	SÍ	NO
PREGUNTAS DE EXCLUSIÓN: responder sí a esta pregunta lo excluye de recibir la vacuna.		
¿Tiene historia conocida de una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a esta vacuna o a cualquier componente de la vacuna, como lípidos, cloruro de potasio, fosfato monobásico de potasio, cloruro de sodio, fosfato dibásico de sodio dihidrato, trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato de sodio y sacarosa? (La lista completa está disponible en la <i>Hoja informativa para receptores de vacunas y cuidadores</i> o con su proveedor de atención médica).		
PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN: inmunizador: si el paciente responde “sí” a cualquiera de las preguntas de abajo, dé orientación al paciente o indíquele que consulte con su cuidador antes de recibir la vacuna		
1. En los últimos 90 días, ¿ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como parte del tratamiento contra el COVID-19?		
2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna o inyección de medicamento? ¿Ha tenido una reacción alérgica a otros medicamentos, comida, látex, animales o alérgenos del entorno que le hayan causado urticaria, hinchazón, dificultad con la respiración o sibilancias?		
3. Si respondió Sí a la pregunta 2, ¿alguna reacción necesitó tratamiento con epinefrina (Epi-Pen) o tuvo que ir al hospital?		
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción seria después de recibir un medicamento inyectable? Si respondió Sí, qué medicamento inyectable: _____		
5. ¿Tiene historia de desmayos, particularmente con las vacunas? ¿Alguna vez algún médico u otro proveedor de atención médica lo advirtió sobre recibir ciertas vacunas o recibir vacunas fuera de un entorno médico?		
6. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn o cualquier otro problema del sistema inmunológico? ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado o en los últimos tres meses ha tomado medicamentos que lo debilitan, como cortisone, prednisone u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, medicamentos o terapias inmunosupresoras o tratamientos de radiación?		
7. ¿Ha dado positivo para COVID-19 en los últimos 14 días?		
Reconocimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Sé que debo mantenerme en el área de vacunación o en un área que me indique mi proveedor de atención médica después de recibir mi vacuna, para estar cerca de mi proveedor de atención médica si tengo alguna reacción adversa. Si tengo historia de reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia), debo mantenerme allí durante 30 minutos. Si no tengo historia de reacción alérgica grave, debo mantenerme allí durante 15 minutos. • Entiendo que, si tengo efectos secundarios después de dejar el área de vacunación, debo hacer lo siguiente: llamar a Mason Health, a mi médico o llamar al 9-1-1. 		

Patient Label

COVID-19 VACCINATION CONSENT
 Mason Health, 901 Mountain View Dr.,
 P.O. Box 1668, Shelton, WA 98584
 MGH 1695 Rev. 9/2024
 SCAN TO CONSENT FORM

- Sé que, si tengo una reacción alérgica grave, incluyendo dificultad con la respiración, hinchazón de la cara o garganta, latidos del corazón rápidos, sarpullido grave en todo el cuerpo o mareos y debilidad, debo llamar al 9-1-1. Sé que puedo llamar a mi proveedor de atención médica si tengo algún efecto secundario que me molesta o no desaparece.
- Se recomienda obtener todas las dosis con el mismo fabricante. Sé que con todas las vacunas no hay ninguna promesa de que me volveré inmune (no contraeré el virus) o que no tendré efectos secundarios. Sé que puedo elegir no recibir más dosis de la vacuna. Entiendo que, si no recibo más dosis, la probabilidad de volverme inmune puede disminuir.

Revelación de registros: a Mason Health se le puede exigir o puede revelar voluntariamente mi información médica a mi médico de atención primaria, mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales y registros estatales o federales, para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Firma del paciente (o representante autorizado):	Fecha/hora:
Nombre en letra de molde si está firmado en nombre del paciente (anotación, si corresponde, por parte del personal):	

Sólo para uso de la oficina

Vacuna:	para el COVID-19	Fecha en la VIS:	
Fecha en la que se dio:	Hora en la que se dio:	Lugar de la inyección	Izquierdo Derecho
Fabricante, n.º de lote, Exp. Fecha		Firma del enfermero:	
		Fecha:	