Nombre del centro de administración/N.º de identificación del centro:
FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH -

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y SELECCIÓN PARA LA VACUNA DE LA COVID-19
## Vacuna para la COVID-19 de Moderna

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN ACERCA DE USTED (EN LETRA DE IMPRENTA)Correo Electronico:**

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre:** Apellido: | Primer nombre: | Inicial del 2.º nombre: |
| **Fecha de nacimiento:** Mes Día Año | **Número de teléfono celular (paciente o tutor):** ( ) 1234567890 | |
| **Dirección:** | **N.º de apartamento/habitación:** | |
| **Ciudad:** | **Estado:** | **Código postal:** |

**Sexo** (Sexo asignado al nacer)
☐ Mujer
☐ Hombre

**Raza**
☐ Indio americano/Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo hawaiano u otro
☐ Isleño del Pacífico
☐ Blanco
☐ Otro asiático
☐ Otro no blanco
☐ Otro isleño del Pacífico
☐ Desconocido

**Origen étnico**
☐ Hispano o latino
☐ No hispano ni latino
☐ Desconocido

N.º de identificación de la **compañía de seguros principal**: _____N.º de lote: _____
Compañía de seguros: _____N.º de teléfono de la compañía de seguros_____
Nombre del asegurado:_____Relación:_____Fecha de nacimiento del asegurado_____
N.º de identificación de la **compañía de seguros secundaria**: _____N.º de lote: _____
Compañía de seguros: _____N.º de teléfono de la compañía de seguros_____
Nombre del asegurado:_____Relación:_____Fecha de nacimiento del asegurado_____

**¿Es esta la primera o segunda dosis de la vacuna para la COVID-19 del paciente?** ☐ Primera dosis ☐ Segunda dosis

**SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE DETECCIÓN DEL COVID-19**

| **Marque SÍ o No para cada pregunta.** | **Sí** | **No** |
|---|---|---|
| 1. ¿Está enfermo/a hoy? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave a una dosis previa de esta vacuna o a alguno de los ingredientes de esta vacuna? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Lleva una Epi-pen para el tratamiento de urgencia de la anafilaxia? | ☐ | ☐ |
| 4. Si es mujer, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que se quede embarazada? | ☐ | ☐ |
| 5. Si es mujer, ¿está amamantando? | ☐ | ☐ |
| 6. En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo en la prueba de detección de la COVID-19? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Ha tenido en los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida repentina del sentido del olfato o del gusto, dolor de garganta, congestión (nariz tapada) o secreción nasal (moqueo), náuseas, vómitos o diarrea? | ☐ | ☐ |

**SECCIÓN 3: GUÍA DE SELECCIÓN DE INMUNIZACIÓN PARA LA VACUNA PARA LA COVID-19**

| **Marque SÍ o No para cada pregunta.** | **Sí** | **No** |
|---|---|---|
| 8. ¿Tiene alergia o reacciones a algún medicamento, alimentos, vacunas o látex? Explique: | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Está inmunodeprimido/a o está recibiendo un medicamento que afecta al sistema inmunitario? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante? | ☐ | ☐ |
| 11. ¿Ha recibido una dosis previa de alguna vacuna para la COVID-19? En caso afirmativo, ¿de qué fabricante era la vacuna que recibió? | ☐ | ☐ |

- Certifico que: (a) soy el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) soy el padre/madre o tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 18 años de edad; o (c) estoy autorizado para otorgar el consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, otorgo mi consentimiento para que el Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health, DOH) o sus agentes administren la vacuna para la COVID-19.
- Entiendo que este medicamento no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado por la FDA para su uso de emergencia, en virtud de una Autorización para uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) para prevenir el coronavirus, para su uso en

personas de 18 años de edad o mayores; y el uso de emergencia de este medicamento solo está autorizado durante la vigencia de la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización de dicho uso de urgencia del medicamento en virtud de la Sección564 (b)(1) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (Food, Drug, and Cosmetic Act), a menos que se termine la declaracióno se revoque antes.

- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas a la administración de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la vacuna mencionada anteriormente y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja informativa de uso de emergencia sobre la vacuna para la COVID-19 que he elegido recibir. Doy fe de que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que me respondieron dichas preguntas de forma satisfactoria.
- Reconozco que se me ha aconsejado que permanezca cerca del centro de la vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para observación. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad al Estado de Florida, al Departamento de Salud (Department of Health, DOH) de Florida y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de la administración de la vacuna mencionada anteriormente, o que esté relacionada con ella de cualquier manera.
- Doy fe de que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de Florida SHOTS, el registro de vacunación de Florida; y que (b) el DOH incluirá mi información personal de vacunación en Florida SHOTS y que esta será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al DOH o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin que se me pague una cobertura suplementaria por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al DOH o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago de el cual soy financieramente responsable se deberá realizar al momento del servicio, o si el DOH me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.
- Confirmo la recepción del Aviso de Derechos de Privacidad.

**Firma del paciente o representante autorizado** _____ **Fecha:** _____

**Nombre en letra de imprenta del representante y relación con la persona que recibe la vacuna:**

_____

| Centro (LD/RD) | Vía | Fabricante (MVX) | N.º de lote Unidad de uso/ Unidad de ventas | Fecha de vencimiento | Fecha de la Hoja informativa de la EUA |
|---|---|---|---|---|---|
| | IM | MODERNA | | | 12/2020 |

| | |
|---|---|
| **Nombre/ID de la ubicación donde se administra:** | |
| **Tipo de ubicación donde se administra** | |
| **Dirección de la ubicación donde se administra:** | |
| **CVX (producto)** | |
| **Organización que envía:** | |

**Nombre en letra de imprenta del vacunador:** _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

**Sufijo del proveedor que administra la vacuna:** MD -ARNP - RN -LPN