



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA COVID-19

Apellido (Letra de molde)	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad
---------------------------	--------	---------------------	------

### EXAMEN PARA LA ELEGIBILIDAD DE LA VACUNACIÓN

**No debe vacunarse si:**

- es menor de 12 años de edad.
- tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia, dificultad para respirar) a cualquier vacuna o terapia inyectable, o antecedentes de anafilaxia debido a cualquier causa.
- tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia, dificultad para respirar) a cualquier componente de una vacuna COVID-19, incluidas nanopartículas lipídicas o polietilenglicol (PEG).
- recibió cualquier otra vacuna en los últimos 14 días o está programada para recibir cualquier vacuna en los próximos 14 días.
- recibió infusiones de plasma convaleciente o anticuerpos monoclonales/policionales para COVID-19 en los últimos 90 días.

**Hable con su médico acerca de si debe recibir la vacuna COVID-19 si:**

- está embarazada o amamantando.
- si están enfermos. Por ejemplo, si usted está experimentando fiebre, escalofríos tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, etc.
- si tienen un trastorno hemorrágico o están tomando un anticoagulante.
- si están actualmente en cuarentena para COVID-19.

## CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION

1. La administración de esta vacuna **NO CREA** una relación de medico entre el administrador y el destinatario.
2. He tenido la oportunidad de discutir mis inquietudes con mi médico. Si sufro algún efecto adverso después de irme, notificaré a mi medico de cabecera.
3. Entiendo que mi información demografica y estado de vacunación serán reportados al estado.
4. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicito libre y voluntariamente recibir la vacuna COVID-19.

Firma del padre / tutor / paciente:		Fecha:
<b>FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY:</b>		
Manufacturer: Pfizer	Route IM: <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Deltoid	Time/Date Vaccine Given:  Signature of Vaccine Administrator:
Lot #: ER8736 exp. 7/31/21		



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2) CONSENTIMIENTO



(Llene a mano claramente)

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Fecha de nacimiento, Sexo, Teléfono, Correo electrónico

Dirección, Núm. de apartamento o edificio

Ciudad, Estado, Código postal, Condado

Nombre de la madre, Apellido de soltera de la madre

Raza (seleccione todos los que correspondan), Grupo étnico (seleccione solo una)

El Registro de Inmunización de Texas es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública...

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas. Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS...

La ley estatal permite la inclusión en el ImmTrac2 de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos (mayores de 18 años). Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia médica...

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas.

La persona (o su representante legalmente autorizado): Nombre escrito a mano, Firma, Fecha

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta.

¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group • MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.