

**Reconocimiento del Paciente para la Vacuna Contra la COVID-19**

*COVID-19 Vaccine Patient Acknowledgment*

**IMPORTANTE: FAVOR DE LEER**

**Un miembro del equipo médico de Three Rivers se comunicará con usted.**

¿Ya llenó el Buscador de Fase (PhaseFinder) para determinar su elegibilidad? Sí  No

¿Es usted elegible? Sí  Sírvase traer una copia de la aprobación a su cita de vacunación.  
No  **Esperre, no se registre en este momento**

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
(Estos datos serán utilizados para comunicarse con usted para recordarle su segunda dosis)

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

**Los datos recopilados en esta sección ayudan a garantizar que brindemos una atención equitativa y centrada en el paciente.**

Sexo registrado al nacer (marque uno):

Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino: <input type="checkbox"/>
------------------------------------	------------------------------------

Identidad de género (marque uno):

Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	No Binario <input type="checkbox"/>	No especificado/Indeterminado <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--

Etnia (Marque uno):

Hispano o Latino (Incluido Español, Mexicano, Puertorriqueño, Cubano etc <input type="checkbox"/>	No Hispano. Persona que no es de cultura u origen hispano <input type="checkbox"/>
---	--

Raza: (Marque todo lo que corresponda):

De color o Afroestadounidense <input type="checkbox"/>	Asiático <input type="checkbox"/>	Hawaiano o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/>
Blanco <input type="checkbox"/>	Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	

**Reconocimientos:**

- Yo decidí que me apliquen la vacuna contra la COVID-19 de manera libre y por mi propia voluntad. Yo sé que tengo la opción de rechazar la vacuna. Yo pido que me apliquen la vacuna o a la persona arriba mencionada por la que yo puedo hacer esta solicitud. Me dieron la ((Hoja Informativa para Receptores de la Vacuna y Cuidadores) para esta vacuna. La hoja informativa contiene información sobre los efectos secundarios y reacciones adversas. Yo leí o me leyeron la información proporcionada sobre la vacuna contra la COVID-19
- Yo sé que la Administración de Alimentos y Medicamentos (siglas en inglés, FDA) autorizó el uso de emergencia de esta vacuna. Yo sé que no es una vacuna con licencia completa por la FDA. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Ahora conozco sobre la vacuna, alternativas, los beneficios y los riesgos, en la medida en que se conocen y se desconocen por el momento.
- Yo sé que debo quedarme en el área de vacunación o en el área que me indique el profesional de la salud después de que me apliquen la vacuna para así estar cerca del profesional de la salud, por si tengo alguna reacción adversa. Si tengo antecedentes de cierta reacción(es), debo quedarme 30 minutos. Si no tengo antecedentes de reacción(es) alérgica, debo quedarme 15 minutos.
- Yo sé que si tengo una reacción alérgica grave, entre ellas dificultad para respirar, hinchazón de la cara y/o garganta, latidos del corazón acelerados, sarpullido en todo el cuerpo o mareo y debilidad, debo llamar al 911 o ir al hospital más cercano. Sé que puedo llamar a mi médico si tengo cualquier efecto secundario que me molesta o no se me quita.
- Me pidieron que me uniera al programa V-SAFE. El programa realiza verificaciones de salud a las personas que se vacunan contra la COVID-19. Sé que debo reportar los efectos secundarios de la vacuna a la FDA/CDC, (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) en el Sistema de Notificación de Incidentes Adversos de la Vacuna (VAERS en inglés) al 1-800-822-7967 o en <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>
- Sé que me deben de aplicar 2 dosis de la vacuna contra la COVID-19, tanto la primera como la segunda, sean del mismo fabricante. Yo sé que como con todas las vacunas, no hay garantía que yo llegue a ser inmune (que no contraiga el virus) o de que no voy a tener efectos secundarios. Yo sé que puedo decidir que no me apliquen la segunda dosis de la vacuna. Pero si no me aplican la segunda dosis, la posibilidad de que yo llegue a ser inmune puede disminuir.

**Revelación de Datos:** Yo entiendo que la organización que proporciona mi vacuna puede estar obligada o puede revelar voluntariamente mis datos médicos relacionados con la vacuna, con mi médico de atención primaria, con mi plan de seguro médico, sistemas de salud y hospitales, registros estatales o federales u otras autoridades de salud pública, para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de los servicios de salud. También entiendo que la organización que proporciona mi vacuna usará y revelará mis datos médicos, como se describe en su Notificación de Políticas de Privacidad que puedo recibir si lo pido o encontrar en su sitio web. Si yo soy empleado(a) de Okanogan Douglas District Hospital, (que opera bajo el nombre de Three Rivers Hospital). Entiendo que guardará registros de esta vacuna para mí en Evident/CPSI y pueden guardar mis registros de vacunación en los archivos de salud ocupacional de los empleados de Okanogan Douglas District Hospital (que opera bajo el nombre de Three Rivers Hospital), en la medida requerida o permitida por la ley.

Firma del Paciente (Padre / Tutor / o Representante Autorizado): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Tutor o Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si usted firma en nombre del paciente, está afirmando que está autorizado para tomar las decisiones necesarias en nombre del paciente.*

**Envíe su formulario completo a Three Rivers Family Medicine, PO Box 577, Brewster WA 98812.**

## Atención:

*Un miembro del equipo de Three Rivers se comunicará con usted dentro de un lapso de 5 días laborales para programar su cita.*

*Todas las secciones siguientes son solo para uso oficial*

***All sections below are for official use only:***

### Vaccine Administration Information for Immunizer:

Administration date: \_\_\_\_\_ Administration time: \_\_\_\_\_

CVX (Product): \_\_\_\_\_

Dose number: \_\_\_\_\_

IIS Recipient ID: \_\_\_\_\_

IIS vaccination event ID: \_\_\_\_\_

Lot number: \_\_\_\_\_

Unit of Use MVX (Manufacturer): \_\_\_\_\_

Sending organization: \_\_\_\_\_

Vaccine administering provider suffix: \_\_\_\_\_

Vaccine administering site on the body: Left deltoid  Right deltoid  Other  (indicate location) \_\_\_\_\_

Vaccine expiration date: \_\_\_\_\_

Vaccine route of administration: \_\_\_\_\_

Vaccination series complete (date): \_\_\_\_\_

Fact Sheet for Vaccine Recipients and Caregivers version date: \_\_\_\_\_



# Cuestionario Pre-Vacunación



Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que usted no debería ponerse la vacuna contra la COVID-19.

Nombre: \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_

	Sí	No	No sé
<b>1. ¿Se siente enfermo(a) en este momento?</b> <i>Are you feeling sick today?</i>			
<b>2. ¿Ya le aplicaron una dosis de la vacuna contra la COVID?</b> <i>Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?</i>			
Si es así, ¿qué producto de vacuna? <i>If yes, which vaccine product?</i> <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro producto _____			
<b>3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a algo (por ej. Anafilaxia)?</b> <i>Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to something?</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Hubo una reacción alérgica grave después de recibir la vacuna COVID-19? <i>Was the severe allergic reaction after receiving a COVID-19 vaccine?</i></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Hubo una reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable? <i>Was the severe allergic reaction after another vaccine or another injectable medication?</i></li> </ul>			
<b>4. ¿Le dieron terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente) como tratamiento para la COVID-19?</b> <i>Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19?</i>			
<b>5. ¿Le aplicaron alguna vacuna en los últimos 14 días?</b> <i>Have you received another vaccine in the last 14 days?</i>			
<b>6. ¿Alguna vez salió positiva la prueba de COVID-19 o el médico le dijo que usted tuvo COVID-19?</b> <i>Have you had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19?</i>			
<b>7. ¿Tiene usted un sistema inmunitario debilitado causado por algo, como infección del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) o cáncer, o toma medicamentos inmunosupresores o terapia?</b> <i>Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies?</i>			
<b>8. ¿Tiene usted algún trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes?</b> <i>Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?</i>			
<b>9. ¿Está usted embarazada o amamantando?</b> <i>Are you pregnant or breastfeeding?</i>			

Form reviewed by \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Adopted with appreciation from the Immunization Action Coalition (IAC) screening checklists*