

**Formulario de Consentimiento para la Administración
de la Vacuna SARS-CoV-2 (COVID-19)**

Nombre del Paciente: _____ **Apellido del Paciente:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Género: _____ **Teléfono:** _____ **Primer Nombre de la Madre de Paciente:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Cobertura de Pagos Médicos: No Seguro Médico Medi-Cal (Alameda Alliance) Medi-Cal (Blue Cross)
 HealthPAC Medicare Medi-Medi Medi-Cal Pago por Servicio (*Medi-Cal Fee For Service*) Privado
 Otro seguro no listado: _____

Raza (elige todos los que apliquen): Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Latinx
 Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico Isleño del Pacifico Raza no enumerada: _____

Etnia: Hispano No Hispano

¿Ha recibido una dosis de la vacuna de COVID-19 anteriormente? No No estoy seguro/a Sí

EMPLEADOS SOLAMENTE:
 En caso afirmativo, provee la fecha: _____ ubicación: _____ **MFG:** _____ **Staff initial** _____

CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA:
 Las siguientes preguntas nos asistirán a determinar si existe alguna razón por cual no debe recibir la vacuna de COVID-19 hoy. Si contesta en lo afirmativo a cualquiera de estas preguntas, no significa que no debe de ser vacunado. Solamente significa que tal vez le preguntaremos por más detalles. Si no entiende alguna pregunta, por favor déjenos saber para que un profesional de salud o empleado se lo explique.

1. ¿Se siente enfermo/a hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Alguna vez ha requerido el uso de un EpiPen®/epinefrina o ha necesitado visitar un hospital para tratar una reacción alérgica severa después de haber recibido una vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica inmediata de cualquier severidad a una dosis previa de la vacuna de COVID-19 o unos de sus componentes (incluyendo polietilenglicol [PEG])?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Ha tenido una reacción alérgica de cualquier severidad al polisorbato (debido a una posible reacción cruzada de hipersensibilidad con el ingrediente de vacuna PEG)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero en la fase de convalecencia) como tratamiento para COVID -19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Ha tenido una prueba positiva para COVID-19 o un médico le ha dicho que ha tenido COVID-19 en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿Tiene una debilidad de su sistema inmunitario causado por algo como una infección de VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿Tiene un trastorno sanguíneo o toma un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
10. ¿Está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

FIRMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE LA VACUNA:
 He recibido una copia de la Hoja Informativa de la Vacuna COVID-19. La he leído o se me ha explicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y pido que la vacuna indicada se me administre o a la persona nombrada en el formulario de registro por cual soy autorizado para hacer esta petición.

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Formulario de Consentimiento para la Administración
de la Vacuna SARS-CoV-2 (COVID-19)

PARA USO DE EMPLEADOS SOLAMENTE / FOR STAFF USE ONLY

Vaccine type: COVID-19 Vaccine Dose: _____ MFG: _____ Lot #: _____

Expiration Date: _____ Injection Site: _____ Clinic/Site Name and City _____

Immunizer Credential: RN LVN PA NP Paramedic MD PharmD

Immunizer Name: _____ Signature: _____ DATE: _____

Reviewer/Immunizer Notes:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios de atención médica del programa ACHCH del condado de Alameda. Además, autorizo a cualquier profesional de la salud que trabaje para el programa ACHCH a proporcionar evaluaciones, pruebas, procedimientos y tratamientos de diagnóstico médico / psiquiátrico que sean necesarios o recomendables para la evaluación y gestión médica / psiquiátrica de mi atención médica.

SEGUROS E INFORMACIÓN FINANCIERA

Soy consciente de la política de descuento de tarifas de escala móvil del programa ACHCH. No se me negará ningún servicio social o de salud proporcionado por el programa ACHCH por no poder pagar. El programa ACHCH puede solicitar el reembolso de fuentes de pago de terceros, incluidas las HMO, Medi-Cal, Medicare y el Programa de salud del condado de Alameda (HealthPAC).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del programa ACHCH, que explica cómo mis registros de tratamiento y mi información personal se mantienen confidenciales, pueden ser utilizados y divulgados por el programa ACHCH y cómo puedo acceder a esta información.

Mi firma a continuación da mi consentimiento para los servicios de atención médica voluntarios del programa ACHCH. Si soy el representante legal del paciente, mi firma da ese consentimiento. Mi firma también significa que la información descrita anteriormente fue discutida conmigo en un idioma o una forma que entendí y que se me entregaron copias de estos materiales. Además, entiendo que mi consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito y que tengo derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Nombre de Paciente:	
Firma de Paciente:	Fecha:

Aviso del registro de inmunizaciones para pacientes y padres

Las inmunizaciones o vacunas previenen las enfermedades graves. Las pruebas de detección de tuberculosis (TB) ayudan a determinar si usted puede tener una infección de TB y pueden ser necesarias para la escuela o el trabajo. Llevar el control de las vacunas/pruebas de TB que usted recibió puede resultar difícil. Es especialmente difícil si más de un médico las realizó. En la actualidad, los médicos usan un sistema de computación seguro denominado registro de inmunizaciones para llevar el control de las vacunas y pruebas de TB. Si cambia de médico, su médico nuevo puede usar el registro para consultar los antecedentes de vacunas/pruebas de TB. Usted tiene derecho a limitar quién puede acceder a sus registros en el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR).

¿Cómo le ayuda un registro?

- Lleva el control de todas las vacunas y pruebas de TB (pruebas de piel/radiografías de tórax), para que a usted no le falte ninguna ni reciba demasiadas
- Envía recordatorios cuando usted o su hijo necesitan vacunas
- Le da una copia del registro de vacunas/pruebas de TB del médico
- Puede mostrar evidencia de las vacunas/pruebas de TB necesarias para iniciar la guardería infantil, la escuela o un trabajo nuevo

¿Cómo ayuda un registro a su equipo de atención médica?

Los médicos, las enfermeras, los planes de salud y los organismos de salud pública usan el registro para:

- Ver qué vacunas/pruebas de TB se necesitan
- Recordarle las vacunas necesarias
- Prevenir las enfermedades en su comunidad
- Ayudar con el mantenimiento de registros

¿Pueden las escuelas u otros programas ver el registro?

Sí, pero esto está limitado. Las escuelas, las guarderías infantiles y otros organismos autorizados conforme a las leyes de California pueden:

- Ver qué vacunas/pruebas de TB necesitan los niños
- Asegurarse de que los niños cumplan con los requisitos para vacunas y pruebas de TB necesarias para empezar guardería infantil o la escuela

¿Qué información se puede compartir en un registro?

- ▢ el nombre, el sexo y la fecha de nacimiento
- ▢ nombres de los padres o tutores
- ▢ información limitada para identificar a los pacientes del paciente
- ▢ detalles sobre las vacunas/pruebas de TB o exenciones médicas de un paciente

Lo que se ingresa en el registro se trata como otra información médica privada. El uso indebido del registro es punible por ley. En virtud de las leyes de California, sólo el consultorio de su médico, el plan de salud o el departamento de salud pública pueden ver su dirección y número telefónico. Los funcionarios de salud también pueden consultar el registro para proteger la salud pública.

Derechos del paciente y de los padres

Usted tiene derecho legal a pedirle a su proveedor:

- ▢ que impida que otros proveedores y escuelas accedan a la información de su registro (o del registro de su hijo)
- ▢ que no envíe recordatorios de citas para vacunas
- ▢ una copia de los registros de vacunas/pruebas de TB suyas o de su hijo
- ▢ quién ha visto los registros y que cambie cualquier error

No es necesario realizar ninguna acción para formar parte de CAIR. Otros proveedores de CAIR, escuelas y funcionarios de salud pública automáticamente tienen acceso a los registros de su hijo.

Si desea limitar quién ve sus registros o los de su hijo:

1. Converse con su proveedor para ver si pueden bloquear sus registros en CAIR
2. Si su prestador no puede, complete un formulario de solicitud para bloquear mi registro de CAIR (Request to Lock My CAIR Record) en CAIRweb.org/cair-forms.
3. Si cambia de opinión, complete el formulario Solicitud para desbloquear mi registro de CAIR (Request to Unlock My CAIR Record).
4. Envíe por fax los formularios impresos al 1-888-436-8320, o por correo electrónico a CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.

Para obtener más info, comuníquese con la mesa de ayuda de CAIR llamando al 800-578-7889 o CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov