

VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

Página 1 de 1

- I. **DESCRIPCIÓN, PROPÓSITO Y BENEFICIOS ESPERADOS DEL PROCEDIMIENTO DE LA VACUNA.** Comprendo que recibiré una vacuna mediante inyección con aguja que tiene como objetivo reducir las probabilidades de que me enferme debido a una infección de la COVID-19. Las infecciones de la COVID-19 pueden tener complicaciones graves y potencialmente mortales. Según la vacuna particular contra la COVID-19, es posible que requiera una o dos inyecciones e inyecciones de refuerzo periódicas. Acepto permanecer en el lugar de vacunación durante al menos 15 minutos después de la administración de la vacuna para poder ser atendido en caso de experimentar una reacción adversa a la vacuna.
- II. **POSIBLES RIESGOS Y LIMITACIONES ASOCIADOS CON EL PROCEDIMIENTO.** Comprendo que podré experimentar dolor, enrojecimiento y/o hinchazón en el lugar de la inyección. Los otros riesgos y beneficios significativos conocidos y potenciales de la vacuna, y la medida en que se desconocen dichos riesgos y beneficios aparecen descritos en una Hoja informativa de la FDA (Food and Drug Administration) sobre la autorización de uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA). He recibido y leído la Hoja informativa y una lista de verificación previa a la vacunación para la vacuna. Si tengo más preguntas sobre el procedimiento, las haré antes de someterme a la vacunación. No está claro cuánto tiempo pueden durar los posibles beneficios de la vacuna; o si será eficaz contra las formas mutantes del virus de la COVID-19. Comprendo que es posible que pueda enfermar de la COVID-19 y transmitir el virus a otras personas. **Por este motivo, la vacuna no elimina la necesidad de usar máscaras físicas, mantener distanciamiento social e higiene de manos.**
- III. **ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO.** Comprendo que podré negarme a recibir la vacuna contra la COVID-19. Actualmente no existen alternativas efectivas conocidas que eviten las infecciones por la COVID-19, excepto el uso de máscaras físicas, la implementación de distanciamiento social e higiene de manos.
- IV. **PRECAUCIONES/CONTRAINDICACIONES.** *Es posible que no se indique la vacuna en función de sus respuestas.*

¿Tiene fiebre o se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> No o <input type="checkbox"/> Sí: si la respuesta es sí, posponga la vacunación hasta sentirse mejor.
¿Antecedentes de reacciones alérgicas (p. ej., anafilaxia, urticaria, picazón) a algún componente de esta vacuna?	<input type="checkbox"/> No o <input type="checkbox"/> Sí: si la respuesta es sí, DETÉNGASE, NO se vacune.
¿Antecedentes de alguna reacción alérgica inmediata a otra vacuna?	<input type="checkbox"/> No o <input type="checkbox"/> Sí: si la respuesta es sí, consulte a su médico y considere la posibilidad de posponer la vacunación.
¿Antecedentes de alguna reacción alérgica inmediata a una terapia inyectable o contraste IV?	<input type="checkbox"/> No o <input type="checkbox"/> Sí: si la respuesta es sí, consulte a su médico y considere la posibilidad de posponer la vacunación.
¿Antecedentes de anafilaxia?	<input type="checkbox"/> No o <input type="checkbox"/> Sí: si la respuesta es sí, deberá permanecer en observación durante 30 minutos.

- V. **USO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA.** Entiendo que se informarán los registros de administración de esta vacuna y las dosis de refuerzo periódicas a los organismos regulatorios estatales y/o federales. Autorizo a que se comparta mi registro de la vacuna contra la COVID-19 con mi médico de atención primaria; y que se lo use o comparta para fines de pago, calidad de atención, seguridad del paciente e investigación. Si actualmente soy empleado de MaineHealth, autorizo además a MaineHealth en su calidad de proveedor de atención médica a proporcionar registros sobre la administración de esta vacuna y cualquier dosis de refuerzo al Departamento de Servicios de Salud para Empleados de MaineHealth y a acceder a la información de vacunación disponible en la base de datos ImmPact del estado. De lo contrario, la información se manejará de acuerdo con el Aviso de prácticas de privacidad de la información médica de MaineHealth, disponible en línea en <https://www.mainehealth.org/-/media/Maine-Medical-Center/Files/Psychiatry/Notice-Privacy-Practices-2017.pdf>, con copias impresas también disponibles a pedido.
- VI. **CONTACTO TELEFÓNICO.** Doy mi consentimiento para que MaineHealth o sus agentes se comuniquen conmigo telefónicamente (teléfono celular o fijo), por mensaje de texto o mensaje de voz al número de teléfono proporcionado antes. Este consentimiento se aplica a aquellas personas que actúan en mi nombre.

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono del contacto de emergencia: _____

XFecha _____ Hora a. m. | p. m. _____ Firma Paciente Padre/madre Tutor Representante autorizado _____ Nombre en letra de imprenta _____Si se otorga por teléfono, consentimiento otorgado por: Paciente Otro _____ Número de teléfono _____

_____ Fecha	_____ Hora a. m. p. m.	X _____ Firma del testigo (para el consentimiento telefónico o en los casos en los que el paciente no puede firmar de puño y letra)	_____ Nombre en letra de imprenta
Intérprete para: <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Idioma extranjero <input type="checkbox"/> Otro _____		Nombre en letra de imprenta o información de identificación _____	
_____ Fecha	_____ Hora en formato de 24 horas	X _____ Firma del médico o persona designada	_____ Nombre en letra de imprenta

Para uso exclusivo del personal:

El paciente **tuvo** una reacción adversa inmediata a la vacuna. El paciente **no** tuvo una reacción adversa inmediata a la vacuna.

149001 9/2/2022 Tipo de documento: Consentimiento de vacunación contra la Covid