



Numero de Placa (Matricula) del Carro:



Public Health  
Prevent. Promote. Protect.

**CIUDAD DE PASSAIC DIVISION DE SALUD**

330 Passaic St., Passaic, NJ 07055

Teléfono: 973-365-5656

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y PREGUNTAS DE COVID-19**

Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Género. (M / F)
Número de teléfono	E-Mail	País de nacimiento		
Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Nombre del proveedor de atención primaria (PCP)		Dirección del PCP		Telefono del PCP

Tutor / sustituto / P.O.A. (si corresponde, imprima)	Teléfono	Idioma preferido	
Etnicidad	Clave de etnia: DECL – Ninguno HIS – Origen Hispano NHL – Origin No Hispano UNK – Desconocido	Raza	Clase de raza: AIA – Nativo Americano o Alaska ASN – Asiático BAA – AfroAmericano o Negro DECL – Declined NHP – Nativo de Hawai o de las islas del pacífico WHT – Blanco OTH – Otro o Multiracial

**POSIBLES CONTRAINDICACIONES**

1. ¿Te sientes mal hoy? (Fiebre, infección respiratoria u otra enfermedad moderada / grave)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
2. ¿Ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días (2 semanas)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
3. En los últimos 10 días, ¿un proveedor de atención médica o un departamento de salud le ha dicho que se aísle o se ponga en cuarentena por infección o exposición a COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
4. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia) para COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
5. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días (2 semanas), incluida la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
6. Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave o potencialmente mortal (por ejemplo, anafilaxia), como urticaria o dificultad para respirar, a cualquier vacuna COVID-19 o cualquier componente de la vacuna, incluidos ARNm, nanopartículas lipídicas o polietilenglicol (PEG)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
7. Eres menor de 18 años?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

**CONSIDERACIONES POTENCIALES**

1. Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave o potencialmente mortal (por ejemplo, anafilaxia), como urticaria o dificultad para respirar, a alguna vacuna o inyección?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave o potencialmente mortal (por ejemplo, anafilaxia), como urticaria o dificultad para respirar, debido a cualquier causa? (Incluyendo medicamentos, alimentos, látex o cualquier artículo).	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
3. Estás embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
4. Está amamantando actualmente?	<input type="checkbox"/> Si		
5. Tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA, antecedentes de enfermedad autoinmune o cualquier otra condición que debilite el sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
6. Toma algún medicamento que afecte su sistema inmunológico, como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o reumatológicos, o ha recibido algún tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
7. Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando algún anticoagulante o anticoagulantes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	



Numero de Placa (Matricula) del Carro:



Public Health  
Prevent. Promote. Protect.

**CIUDAD DE PASSAIC DIVISION DE SALUD**  
**330 Passaic St., Passaic, NJ 07055**  
**Teléfono: 973-365-5656**

8.	¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna COVID-19? Si es así, proporcione la fecha.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fecha: _____
----	---	-----------------------------	-----------------------------	--------------

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN**

**AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA:** La FDA ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias para justificar el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Entiendo que este producto no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado para uso de emergencia por la FDA, bajo una EUA para prevenir la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) para uso en personas de 18 años de edad o mayores; y el uso de emergencia de este producto solo está autorizado mientras dure la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización del uso de emergencia del producto médico bajo la Sección 564 (b) (1) de la Ley FD&C, a menos que la declaración sea cancelada o la autorización revocada cuanto antes. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo un EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y la totalidad de la evidencia científica disponible, que muestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad; o (b) el tutor legal del paciente y confirmar que el paciente tiene al menos 18 años de edad; y (c) autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento a la División de Salud de la Ciudad de Passaic o sus agentes para administrar la vacuna COVID-19.

**CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS:** Se me ha proporcionado la (s) hoja (s) de información de la vacuna o la hoja de datos del paciente correspondiente a la (s) vacuna (s) que estoy recibiendo. He leído la información proporcionada sobre la vacuna que recibiré. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación y voluntariamente asumo la responsabilidad total por cualquier reacción que pueda resultar. Entiendo que debo permanecer en el área de administración de la vacuna durante 15 minutos después de la vacunación para ser monitoreado por posibles reacciones adversas. Si el receptor ha tenido una reacción alérgica grave en el pasado por cualquier motivo, acepto esperar cerca de la ubicación de la clínica durante 30 minutos después de recibir la vacuna en el área designada. Entiendo que si desarrollo efectos secundarios debo hacer lo siguiente: contactar al médico, llamar al 911 o ir al hospital. Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Reconozco que he recibido y visto la Declaración de información sobre vacunas o la Hoja de información de autorización de uso de emergencia y el Aviso de prácticas de privacidad de la División de Salud de Passaic. Habré revisado mis respuestas a las preguntas anteriores con el vacunador. Entiendo que la vacuna COVID-19 es una serie de vacunas de dos partes. Al firmar este consentimiento, acepto que recibiré la primera y la segunda parte de la serie de vacunas y entiendo que es posible que se requiera que la segunda dosis sea efectiva.

Me han proporcionado y leído, o me han explicado, la hoja de información sobre la vacuna COVID-19. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción (y me aseguré de que la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a proporcionar el consentimiento sustituto también tuviera la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Solicito que se me administre la vacuna COVID-19 (o la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud y proporcionar un consentimiento sustituto).

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR EL PAGO:** Entiendo que esta vacuna no tendrá ningún costo para mí. Por la presente autorizo a la División de Salud de la Ciudad de Passaic y / o sus agentes a divulgar información, presentar un reclamo y solicitar el pago. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por administrar la vacuna será asignado y transferido al proveedor de vacunación. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago de mi proveedor de seguro, Medicare o Medicaid, otros terceros que son financieramente responsables de mi atención o el Programa HRSA COVID-19 para pacientes sin seguro, es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para actuar sobre esta solicitud. Asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a la División de Salud de la Ciudad de Passaic o sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente.

**DIVULGACIÓN DE REGISTROS:** Entiendo que la División de Salud de la Ciudad de Passaic puede ser requerida o puede divulgar voluntariamente mi información de salud al médico responsable de este protocolo de información de salud específica de las personas vacunadas en los Sitios de Vacunación de la División de Salud de la Ciudad de Passaic (si corresponde), la División de Salud de la Ciudad de Passaic y sus agentes, mi médico de atención primaria (si tengo uno), mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y / o registros estatales o federales, con fines de tratamiento, pago u otros operaciones de atención (como administración o garantía de calidad). También entiendo que la División de Salud de la Ciudad de Passaic usará y divulgará mi información médica como se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la División de Salud de la Ciudad de Passaic (una copia está disponible en la División de Salud de la Ciudad de Passaic). Clínicas de vacunación: Si estoy recibiendo una vacuna a través de una clínica de vacunación, entiendo que mi nombre, la fecha y la hora de la cita de vacunación se proporcionarán al coordinador de la clínica.

En nombre mío, de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo al Estado de Nueva Jersey, a la División de Salud de la Ciudad de Passaic y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores y contratistas, y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas, que surjan de, en conexión con, o de alguna manera relacionada con la administración de la vacuna mencionada anteriormente / en este documento.

Paciente / sustituto / tutor / poder notarial (firma) Fecha / hora

Imprimir: Relación con la paciente

ID de intérprete telefónica #

Fecha y hora

O

Firma: Intérprete de la paciente

Fecha y hora

Imprimir: nombre y parentesco del intérprete



Numero de Placa (Matricula) del Carro: \_\_\_\_\_



Public Health  
Prevent. Promote. Protect.

**CIUDAD DE PASSAIC DIVISION DE SALUD**  
330 Passaic St., Passaic, NJ 07055  
Teléfono: 973-365-5656

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**(A CONTINUACIÓN SÓLO PARA USO CLÍNICO)**

Administration Facility Name/Facility ID: City of Passaic Health Division #16ADO7

NJHIS # \_\_\_\_\_

**Nursing Vaccine Administration Information**

Vaccine Manufacturer	Administration	EUA Fact Sheet Date	Lot Number	Expiration Date
MODERNA	<input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Second Dose	12/2020	032L20A	12/31/2069

Dose: 0.5mL	Route: IM		
Administration Site:	<input type="checkbox"/> Left Deltoid	<input type="checkbox"/> Right Deltoid	<input type="checkbox"/> Other

- All screening questions have been reviewed and discussed.
- I have reviewed side effects with patient (and guardian or surrogate or POA, as applicable)
- I confirm that the patient (and their surrogate, if applicable) was given an opportunity to ask questions about the vaccination, and all the questions asked by them (and/or their surrogate) have been answered correctly and to the best of my ability, as well as providing resources relating to this product.

Vaccinator Signature/Date: \_\_\_\_\_

Vaccinator Printed Name: \_\_\_\_\_