

Formulario de consentimiento para la vacuna COVID-19 para niños menores de 18 años o adultos bajo custodia

Provea información sobre el paciente que recibirá la vacuna

NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial Segundo nombre)	SUFIJO (eg. Jr, III)
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	EDAD [†]		NUMERO DE TELEFONO ()	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
SEXO AL NACIMIENTO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	IDENTIDAD DE GENERO (opcional) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-binario <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No hispano/Latino	
Raza <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano /De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro				

Relación del tutor con el cliente: Padre Madre Tutor legal Otro

Entiendo que la vacuna COVID-19 es una vacuna voluntaria que actualmente se administra bajo el estado de Autorización de uso de emergencia y solo un padre o tutor legal tiene la autoridad para dar su consentimiento para que un pupilo menor o adulto reciba esta vacuna. Al firmar este formulario, certifico que tengo la autoridad legal para hacerlo en nombre del paciente identificado anteriormente y que indemnizaré al Departamento de Salud del Condado de OKC contra las impugnaciones a este consentimiento o mi estado como legalmente capaz de otorgar el consentimiento para esta vacuna.

Identificación estatal o federal del tutor # _____

Evaluación para elegibilidad de vacunación	SI	NO
¿Ha recibido el paciente alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19 Pfizer-BioNTech?		
¿Ha tenido el paciente alguna vez una reacción alérgica a: <input type="checkbox"/> un componente de una vacuna COVID-19, incluido cualquiera de los siguientes: -polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia -polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas con película y esteroides intravenosos <input type="checkbox"/> una dosis previa de la vacuna COVID-19 <input type="checkbox"/> una vacuna o terapia inyectable que contiene múltiples componentes, uno de los cuales es un componente COVID-19, pero no se sabe qué componente provocó la reacción inmediata <input type="checkbox"/> otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable?		
¿Ha tenido el paciente alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea una vacuna o un medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, veneno, medio ambiente o medicamentos orales.		
¿Tiene el paciente antecedentes de miocarditis o pericarditis?		
¿El paciente ha tenido alguna vez COVID-19 y ha sido tratado con anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia?		

Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre la vacuna COVID-19, necesito ayuda para completar este formulario o necesito cualquier otra información sobre COVID-19, puedo comunicarme con el Departamento de Salud del Condado de Oklahoma City al (405) 425-4489 antes de firmar este formulario o en el lugar de distribución de la vacuna.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL DEPENDIENTE Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN:

He leído o me han explicado la información contenida en la *Hoja de datos de autorización de uso de emergencia para receptores y cuidadores* de la vacuna COVID-19 y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Entiendo que si mi dependiente muestra un comportamiento perturbador mientras el personal intenta administrar la vacuna, no recibirá la vacuna en esta clínica y tendrá que ser llevado al departamento de salud o a su proveedor para recibir la vacuna.

Autorizo la divulgación de esta información de vacunación a los funcionarios de salud pública y otros profesionales de la salud. Entiendo que esta vacuna se registrará en el Sistema de Información de Vacunas del Estado de Oklahoma (OSIIS) con el propósito de compartir información de vacunación con otros proveedores de atención médica y realizar un seguimiento del inventario de vacunas únicamente.

Me consta que puedo acceder a una copia del Aviso de privacidad de HIPAA del Departamento de Salud del Condado de Oklahoma City según lo requiere la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de la Información de Salud (HIPAA) <https://www.occhd.org/about/contact-us/hippa>. Aclaro que se me proporciona una copia de la Hoja de datos de COVID-19 del fabricante para receptores y cuidadores antes de recibir la vacuna. También se puede acceder a esta información en <https://www.vaxokc.com/eua>. Las declaraciones de información sobre las vacunas Pfizer pueden encontrarse en www.cvdvaccine.com.

Por razones de salud y seguridad, se deben usar mascarillas en todo momento durante un evento de vacunación. Si mi niño o hijo menor de edad no tiene una mascarilla, se le proporcionará una para que la use durante el evento de vacunación. Al firmar este formulario, por la presente doy mi consentimiento para que mi niño o mi hijo menor de edad use una mascarilla durante el proceso de vacunación con OCCHD.

"En caso de una situación de emergencia, se puede administrar medicamento de emergencia (epinefrina / Benadryl) y / u oxígeno a mi niño o hijo menor de edad. En caso de una situación de emergencia en la que no esté presente, autorizo al personal del Departamento de Salud del Condado de OKC o su designado a obtener la atención médica que consideren necesaria, incluida, entre otras, la obtención de asistencia paramédica y el transporte a un hospital local para obtener más tratamiento u observación".

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre/tutor legal _____

****FOR OFFICIAL USE ONLY****

Client Name (Last, First, MI) _____ Client DOB (MM/DD/YYYY) _____

OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW

Ask before administration:

Is the client suffering from a moderate or severe acute illness with or without fever? Y N

Is the client pregnant? Y N

Client completed the manufacturer's screening questions: Y N

Vaccine Manufacturer:

Lot #:

Exp. Date:

Site:

LT DELTOID IM

RT DELTOID IM

LT VAST LAT IM

RT VAST LAT IM

Dose Number: 1st 2nd

EUA*/VIS given? Y N

Reaction? Y N

Vaccination Complete? Complete Refused Not administered Partially administered
 No recorded completion status

Provider Signature: