

COVID-19 REGISTRO Y CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA

División de Salud del Municipio de Hamilton

2100 Greenwood Ave, Hamilton, NJ 08609

OFFICIAL USE ONLY
Vaccine: _____
Dose: _____



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Por favor escribe claramente

NOMBRE (apellido, primer nombre)					
DIRECCIÓN		CORREO ELECTRÓNICO			
MUNICIPALIDAD		ESTADO	ZIP		
NO. DE TELÉFONO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD		
GÉNERO	RAZA	ETNICIDAD (circule uno): Hispano/Latino No Hispano			
MEDICARE Parte B #		Compañía de Seguro Médico: # de grupo # de póliza			
Por favor conteste las siguientes preguntas:			Sí	No	HTHD
1. ¿La persona que se va a vacunar está enfermo hoy?					
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si la respuesta es "sí", la fecha que le pusieron y ¿cuál vacuna? La fecha: _____ Fabricante/Marca: _____					
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica (ej. - anafilaxis) a algo? Esto incluye una reacción que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital					
a. ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir una vacuna de COVID-19?					
b. ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?					
4. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante?					
5. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos como tratamiento para covid-19?					

- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) he leído o la División de Salud del Municipio de Hamilton (HTHD) me explicó la información adjunta sobre COVID-19 y la vacuna contra COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre COVID-19 y la vacuna que fueron contestados a mi satisfacción, y yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tengo (tenemos) 18 años o más. He sido informado sobre el aviso de prácticas de privacidad. Si estoy firmando en nombre de otro individuo, estoy autorizado a firmar en nombre de esa persona.
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) no soy (o es) alérgico a la epinefrina (adrenalina) el medicamento que se usa contra una reacción alérgica a la vacuna contra el COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) no soy (no es) alérgico al látex. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) actualmente no tengo (no tiene) fiebre o síntomas de una infección aguda.
- Yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) entiendo que la inmunización contra COVID-19 se administra en una serie recomendada actualmente por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) del CDC, yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que recibiendo la vacuna no me protege (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) totalmente contra COVID-19 u otras enfermedades que parece COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que si yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tengo (tiene) una condición de (o estoy recibiendo tratamiento que causa) supresión inmune (la reducción de la capacidad de mi cuerpo para combatir infección o enfermedades) la eficacia de la vacuna puede disminuir. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) los riesgos y beneficios de la vacuna.
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que la persona vacunada será inscrita en el New Jersey Immunization Information System (NJIS).
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que es la responsabilidad mía de quedarme en la zona de la vacunación por 15 minutos después que yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) recibí (recibió) la vacuna, en caso que yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) tengo (tiene) una reacción adversa.
- Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) acepto (acepta) recibir la vacuna contra el COVID-19, yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) libero la municipalidad de Hamilton, el Departamento de Salud, y sus empleados, servidores, representativos, oficiales, y agentes (juntos, las "Indemnizaciones") de cualquier responsabilidad por darme (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) la vacuna contra COVID-19. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) acepto (acepta) indemnizar, defender, y mantener las indemnizaciones sin ofensa de cualquier clamor hecho por cualquier persona, (incluyendo la persona por la cual estoy firmando en su nombre). Si la Parte B de Medicare es elegible, u otro seguro está proveído, yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) autorizo (autoriza) HTHD para facturar Parte B de Medicare u otro seguro para la inmunización y yo (o la persona en cuyo nombre estoy firmando) autorizo (autoriza) Medicare u otros beneficios del seguro a pagar directamente a HTHD.
- Mi firma (o la firma de la persona por la cual estoy firmando en su nombre) en esta forma significa que toda la información proporcionada en el Registro y Consentimiento es verdad al mejor de mi conocimiento. Yo (o la persona por la cual estoy firmando en su nombre) entiendo (entiende) que esta forma y mi firma abajo son vinculantes para mí, mis herederos, sucesores y representativos personales y legales, así como los de la persona por la cual estoy firmando en su nombre. Si no soy la persona que va a recibir la vacuna. Yo garantizo que tengo la autorización para acceder por la persona quién va a recibir la vacuna.

Firma: _____

Fecha: _____

Relación de la persona que se va a vacunar (circule uno): PROPIO PADRE TUTOR PODER MEDICO

OFFICIAL USE ONLY	
Vaccination Site: <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Deltoid	Manufacturer: _____ Lot Number: _____ Expiration Date: _____
Clinic Location: _____	EUA FS Publication Date: _____ Date Given: _____
Vaccine Administered By: _____	Date: _____