



INDEPENDENCE

* MISSOURI *

Consentimiento para la vacuna contra el COVID-19 conforme a la autorización de uso de emergencia

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

*Apellido:	*Nombre:	Inicial del segundo nombre:
*Fecha de nacimiento / /	*Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
*Raza Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/>	Etnicidad hispana: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No se especifica ninguno <input type="checkbox"/> Se negó a contestar <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/> Se negó a contestar <input type="checkbox"/>	
Dirección:	Ciudad:	
Estado: Código postal:	Teléfono de la casa:	Teléfono celular:
Correo electrónico:		

HISTORIAL DE SALUD

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>DESCONOCIDO</u>
1. ¿Se siente mal/enfermo el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave a algo (por ej., anafilaxia)? ¿Por ejemplo, una reacción para la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que requirió que fuera al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez tuvo una reacción grave después de una vacuna o un medicamento inyectable , incluyendo una dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto con un paciente con un diagnóstico confirmado de COVID-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está amamantando o embarazada ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como tratamiento para el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Está inmunodeficiente ? (Toma medicamentos o recibe tratamiento contra el cáncer, la leucemia, el VIH/SIDA u otros problemas del sistema inmunitario o toma medicamentos que afecten su sistema inmunitario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***N.B.: Por favor, asegúrese de llenar y firmar el Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad en la siguiente página.**