



INDEPENDENCE

★ MISSOURI ★

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

La Ley de Preparación Pública ante Emergencias (PREP, por sus siglas en inglés) autoriza al CICP a ofrecer beneficios a determinadas personas o estados de personas que sufran una lesión física grave cubierta, como consecuencia directa de la administración o del uso de contramedidas cubiertas. El CICP también puede ofrecer beneficios a determinados sobrevivientes de personas que mueran como consecuencia directa de la administración o del uso de contramedidas cubiertas identificadas en la declaración de la Ley PREP. La declaración de la Ley PREP relativa a las contramedidas contra el COVID-19 indica que las contramedidas cubiertas consisten en cualquier medicamento antiviral, cualquier otro fármaco, cualquier producto biológico, cualquier diagnóstico, cualquier otro dispositivo o cualquier vacuna que se utilicen para tratar, diagnosticar, curar, prevenir o mitigar el COVID-19, la transmisión del SARS-CoV-2 o una mutación del virus SARS-CoV-2, o cualquier dispositivo que se use para la administración, y en todos los componentes y materiales que lo componen, de todo producto de ese tipo. Puede obtener información sobre el CICP y sobre cómo presentar una reclamación llamando al 1-855-266-2427 o en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/pfizer-biontech-covid-19-vaccine>

FAVOR DE ESCRIBIR EL NOMBRE CON LETRA DE MOLDE de la firma a continuación

| | | |
|--------------------|-------------------------|--------------|
| FIRMA DEL PACIENTE | RELACIÓN CON EL CLIENTE | FECHA DE HOY |
|--------------------|-------------------------|--------------|

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, confirmo y acepto que he recibido o me han informado sobre el Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud de Missouri y
Escriba su NOMBRE EN LETRA DE MOLDE AQUÍ Los Servicios para Personas de la Tercera Edad y dónde puedo conseguir todas las modificaciones que se hagan a este aviso.

| | | |
|--|--------------------------------|---------------------|
| <i>Firma del cliente/del representante legal</i> | <i>Relación con el cliente</i> | <i>Fecha de hoy</i> |
|--|--------------------------------|---------------------|

For Clinic Use only

| | | |
|---|--|---|
| Manufacturer | Brand | Lot number |
| Dose number 1 <input type="checkbox"/> or 2 <input type="checkbox"/> | *Exp. Date: ___/___/___ | *Date Administered: ___/___/___ |
| *EUA fact sheet date: ___/___/___ | *EUA fact sheet given date: ___/___/___ | Injection Site (Deltoid) L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> |
| | | Vaccine Dose _____ |
| *Administered by Name & Title : | | |
| *Agency: | | |
| *Agency Address | | |
| *Clinic administration address | | |