TOTALWELLNESS

INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE LA VACUNA COVID-19

NURSE'S BOX Event #: _____ Event Date: _____
Injection Site: ☐ Right Arm ☐ Left Arm ☐ Other: _____
Vaccine Dose: ☐ .5 mL ☐ .3 mL Dose in Series: ☐ 1st ☐ 2nd
Vaccine Manufacturer: ☐ Moderna ☐ Pfizer ☐ Johnson & Johnson
Lot #: _____ Nurse Name: _____

Existen riesgos comunes asociados con la vacuna COVID-19 que incluyen, entre otros, dolor, enrojecimiento o hinchazón en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, náuseas, malestar o hinchazón. ganglios linfáticos (linfadenopatía). La vacuna COVID-19 puede causar una reacción alérgica grave, que puede incluir anafilaxia (dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, ritmo cardíaco acelerado, sarpullido en todo el cuerpo, mareos y / o debilidad). Las reacciones alérgicas, que suelen ocurrir inmediatamente, son raras pero posibles en personas alérgicas a cualquier componente de la vacuna. Es posible que estos no sean todos los efectos secundarios de la vacuna COVID-19, ya que la vacuna aún se está estudiando en ensayos clínicos. Es imposible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la vacuna. Los efectos secundarios a largo plazo o las complicaciones de esta vacuna no se conocen en este momento. Tenga en cuenta que, aunque es muy poco probable, si tiene una reacción alérgica grave a la inyección de COVID-19, es posible que se le administre epinefrina y se llame a los servicios médicos de emergencia. Además, en el raro caso de que se produzca una lesión por pinchazo de aguja, es posible que se comuniquen con usted sobre los procedimientos de seguimiento recomendados. Al dar su consentimiento para recibir la vacuna COVID-19, también está dando su consentimiento para recibir el tratamiento médico de emergencia necesario en caso de que desarrolle una reacción alérgica grave inmediata a la vacuna COVID-19. Si presenta síntomas de una reacción alérgica después de la vacunación, llame al 911 o vaya al Departamento de Emergencias del Hospital más cercano.

SELECCIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNACIÓN

Responda las siguientes preguntas para determinar la elegibilidad para la vacunación.

1.	¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?	Sí	NO	
2.	¿Ha recibido plasma de convalecencia o infusiones de anticuerpos monoclonales / policlonales para COVID-19 en los últimos 90 días?	Sí	NO	
3.	¿Ha dado positivo y / o le han diagnosticado una infección por COVID-19 en los últimos 10 días?	Sí	NO	
4.	¿Alguna vez recibió una vacuna COVID-19?	Sí	NO	
5.	¿Tiene hoy o ha tenido en algún momento en los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión, secreción nasal, náuseas, vómitos o diarrea?	Sí	NO	
6.	¿Ha tenido una reacción alérgica grave (p. Ej., Necesita epinefrina o atención hospitalaria) a alguna vacuna?	Sí	NO	
7.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o por la que tuvo que ir al hospital?	Sí	NO	
8.	Si es mujer, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada?	Sí	NO	N/A
9.	Si es mujer, ¿está amamantando actualmente?	Sí	NO	N/A
10.	¿Alguna vez ha tenido una reacción al látex?	Sí	NO	
11.	¿Está inmunodeprimido o toma algún medicamento que afecte su sistema inmunológico?	Sí	NO	
12.	¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante / anticoagulante?	Sí	NO	

Si responde afirmativamente a las preguntas 5, 6, 7, 8, 9 o 10, consulte con su médico de atención primaria antes de recibir la vacuna COVID-19. Nota: responder "sí" no significa necesariamente no debe vacunarse; simplemente significa que es posible que sea necesario hacer preguntas adicionales.

Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna y he recibido, leído y / o me han explicado la Hoja de datos de autorización de uso de emergencia sobre la vacuna COVID-19 y el Aviso de prácticas de privacidad de TotalWellness. He revisado cuidadosamente este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas satisfactorias antes de firmarlo. Reconozco que los servicios pueden prestarse en un área con privacidad limitada. Si deseo mayor privacidad, se lo haré saber a mi enfermera. Acepto permanecer en el evento durante al menos 15 minutos después de la vacunación para supervisión. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y por la presente doy mi consentimiento y solicito que se me administre la vacuna. Renuncio expresamente, libero y descargo para siempre para mí, mis herederos, herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios, Vaccination Services of America, Inc. d / b / a TotalWellness y sus empleados, propietarios y representantes, así como para mi empleador. o cualquier otra empresa involucrada con este evento y sus agentes, representantes, empleados, sucesores, cesionarios, órganos de gobierno y comités asesores (colectivamente, "Liberados") de todas y cada una de las reclamaciones, demandas, acciones y causas de acción, ahora conocidas o en adelante conocido en cualquier jurisdicción en todo el mundo, debido a lesiones, muerte o daños a la propiedad que surjan o sean atribuibles a mi participación en este programa de vacunación, ya sea que surjan de la negligencia de TotalWellness o cualquier Liberado o de otro modo. Además, acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a los Liberados de cualquier gasto de litigio, honorarios de abogados o reclamo por lesiones personales en relación con mi participación en este programa de vacunación. Entiendo que la información recopilada e ingresada en este formulario puede transferirse a TotalWellness a través de un transportista expreso (UPS, FedEx, etc.). Doy mi consentimiento para la transferencia de mis datos de vacunación a los Sistemas de Información de Inmunización y / o cualquier registro de vacunación estatal aplicable o registros de vacunación similares. Entiendo que TotalWellness puede proporcionar mi nombre / identificación única a la empresa patrocinadora para que participe. Compartiré la información proporcionada sobre mi vacunación con mi proveedor de atención primaria. Además, autorizo a TotalWellness o sus agentes a presentar un reclamo a mi proveedor de seguros por mí para la administración de la vacuna COVID-19.

Primer Nombre: **Apellido:**

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa) / / **Edad:** **Número de Teléfono::** - -

Direccion de Casa:

Ciudad: **Estado:** **Código Postal:**

Dirección de Correo Electrónico:

Raza: _____ **Etnia:** _____ **Sexo:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Esta forma es la propiedad de TotalWellness . El reverso de esta forma se deja en blanco intencionalmente.

© Vaccination Services of America, Inc. d/b/a TotalWellness 2020-2021 | 3.16.2021