TOTALWELLNESS

FORMULARIO DE INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LA VACUNA COVID-19

NURSE'S BOX Event #: _____ Event Date: _____
Injection Site: ☐ Right Arm ☐ Left Arm ☐ Other: _____
Vaccine Dose: ☐ .5 mL ☐ .3 mL
Vaccine Manufacturer: ☐ Moderna ☐ Pfizer ☐ Novavax
Lot #: _____ Nurse Name: _____

Existen riesgos comunes asociados con la vacuna COVID-19, como 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 inflamación de los 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, latidos cardíacos rápidos, sarpullido en todo el cuerpo, mareos y/o debilidad. Las reacciones alérgicas, que generalmente ocurren de inmediato, son raras pero posibles en personas alérgicas a cualquier componente de la vacuna. Si tiene una reacción alérgica grave a la vacuna COVID-19, se le puede administrar epinefrina y se puede llamar a los servicios médicos de emergencia al lugar. En el raro caso de que se produzca una lesión por pinchazo con una aguja, es posible que nos comuniquemos con usted para informarle sobre los procedimientos de seguimiento recomendados. Al brindar su consentimiento para recibir la vacuna COVID-19, también brinda 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 desarrolla síntomas de una reacción alérgica después de la vacunación, llame al 911 o diríjase al Departamento de Emergencias del hospital más cercano.

DETECCIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNACIÓN

Responda a las siguientes preguntas para determinar la elegibilidad para la vacunación. Si no entiende alguna pregunta, pídale una aclaración a la enfermera.

1.	¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última dosis?_____	SÍ	NO	
2.	¿Ha estado enfermo o ha tenido fiebre superior a 101°F en los últimos 3 días?	SÍ	NO	
3.	¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, algún componente de la vacuna o al látex? En caso afirmativo, explíquelo porfavor:	SÍ	NO	
4.	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?	SÍ	NO	
5.	¿Alguna vez le han diagnosticado una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-A o MIS-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?	SÍ	NO	
6.	Si es mujer, ¿está embarazada?	SÍ	NO	N/A
7.	¿Estás inmunocomprometido?	SÍ	NO	

Si responde afirmativamente a las preguntas 2, 3, 4, 5, 6 o 7, consulte con su médico de atención primaria antes de recibir la vacuna COVID-19. Nota: responder "sí" no significa Necesariamente no debes vacunarte; 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 Declaración de información de la vacuna COVID-19 actual o la Hoja informativa 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 satisfactoriamente 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 si esta es mi primera vacuna COVID-19. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna COVID-19 y por la presente doy mi consentimiento y solicito que me la administren. Renuncio, libero y descargo expresamente para mí, mis herederos, patrimonio, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios, Vaccination Services of America, Inc. d/b/a TotalWellness y sus empleados, propietarios y representantes, así como mi empleador. o cualquier otra empresa involucrada en este evento y sus agentes, representantes, empleados, sucesores, cesionarios, órganos rectores y comités asesores (colectivamente, "Exonerados") de todos y cada uno de los reclamos, demandas, acciones y causas de acción, ahora conocidos o en lo sucesivo conocido en cualquier jurisdicción del mundo, a causa de 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 de 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 urgente (UPS, FedEx, etc.). Doy mi consentimiento para la transferencia de mis datos de vacunación a los Sistemas de información de vacunación y/o cualquier registro estatal de vacunación aplicable o registros de vacunación similares. Entiendo que TotalWellness puede proporcionar mi nombre/identificación única a la empresa patrocinadora para participar. Compartiré la información proporcionada sobre mi vacunación con mi proveedor de atención primaria.

Nombre del Participante _____ **Apellido del Participante** _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy) __ / __ / ____ **Edad*** __ **Número de Teléfono** ___ - ___ - ____

Carrera: _____ **Etnicidad:** _____ **Sexo:** _____

Compañía: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Direccion de Casa: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

*El participante debe ser mayor de edad legal en el estado donde se administra la vacuna.
Este formulario es propiedad de TotalWellness. El reverso de este formulario se deja intencionalmente en blanco.