

# Seven Hills Behavioral Health

## Registro de administración de vacunas: consentimiento informado para la vacunación (Para usar con la Clínica de Administración de Vacunas COVID-19)

For office use only:

### Información del paciente

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** MES / DIA / AÑO

**Dirección de casa:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Género:**  Masculino  Femenino  Otro

**Lenguaje primario:** \_\_\_\_\_ **País de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Raza:**  Causcasico/Blanco  Afroamericano/Negro  Nativo Americano/Nativo de Alaska/Unuit  
 De otras islas del Pacífico  Asiático  Otra Raza

**Etnicidad:**  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

**Insurance:**  Masshealth  Medicare  Health Safety Net  Privada  Otra  Sin seguro

**Proveedor de atención primaria?**  Si  No  No sé

Quiero recibir la (s) siguiente (s) vacuna (s):

- Janssen/Johnson & Johnson
- Moderna (edad 12+)
- Pfizer (edad 12+)
- Pediatric Pfizer (edad 5-11)
  
- Moderna Bivalent (edad 18+)
- Pfizer Bivalent (edad 12+)
- Pediatric Pfizer (edad 5-11)

1. Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad; (b) el padre o tutor legal del paciente menor; (c) el tutor legal del paciente.

2. Certifico que la información que he proporcionado es correcta y que tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento a mí y a cualquier otra persona que haya registrado para ser vacunada con la vacuna anterior.

3. Por la presente doy mi consentimiento a Seven Hills Behavioral Health, el personal de Seven Hills Behavioral Health, New Bedford Emergency Medical Services y el profesional de la salud autorizado que administra la vacuna, según corresponda (cada uno es un "proveedor aplicable"), para administrar la vacuna. (s) Que he solicitado arriba.

4. Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con recibir la (s) vacuna (s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la Hoja de datos para destinatarios y cuidadores" sobre la vacuna (s) que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.

5. Reconozco que se me ha recomendado que permanezca cerca del lugar de la vacunación para observación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración.

6. En nombre mío, de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo a las subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas, que surjan de, en conexión con o de cualquier manera relacionados con la administración de las vacunas enumeradas anteriormente.

7. Doy permiso para que se facture a mi compañía de seguros por los costos de administración de la (s) vacuna (s). El gobierno está pagando la vacuna en sí y no se me cobrará esa parte del costo de mi vacuna.

8. Entiendo que, según lo exige la ley estatal, todas las vacunas se informarán al Sistema de Información de Vacunas de Massachusetts (MIIS) del Departamento de Salud Pública. MIIS es un sistema confidencial basado en la web que recopila y almacena registros de vacunación (vacunas) accesibles para los proveedores de atención médica y las juntas de salud locales. Doy mi consentimiento para que mi información de vacunación se ingrese en MIIS. Entiendo que puedo acceder a la hoja informativa de MIIS para padres y pacientes, en [www.mass.gov/dph/miis](http://www.mass.gov/dph/miis), para obtener información sobre MIIS y qué hacer si me opongo a que mis datos o los de mi familia se compartan con otros proveedores en MIIS.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Padre o tutor, si es menor de edad)

-----  
**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA.**  
-----

**USO SOLAMENTE PARA PERSONAL**

Dose being received (check one):  1<sup>st</sup> Dose  2<sup>nd</sup> Dose  3<sup>rd</sup> Dose (immune compromised)  Booster

Date of Service	Vaccine Type	Vaccine Mfg.	Lot #	Mfg. Date	Dose (ml)	State Supplied	Injection Route	Injection Site	Date EUA given
	COVID-19					MA	IM	R arm L arm	

Signature of Vaccine Administrator: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Nombre \_\_\_\_\_

Para quienes reciban la vacuna (tanto niños como adultos):

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deba vacunarse contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no deba vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si alguna de las preguntas no es clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Qué edad tiene la persona que va a vacunarse? _____			
2. La persona que va a vacunarse, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que va a vacunarse, ¿ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la respuesta es "sí", ¿qué producto le administraron?</li> </ul>			
<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Janssen ( <i>Johnson &amp; Johnson</i> ) <input type="checkbox"/> Otro producto <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax      _____			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 le administraron? _____</li> <li>• ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. La persona que va a vacunarse, ¿tiene alguna afección o está recibiendo algún tratamiento que haga que tenga el sistema inmunitario moderada o gravemente debilitado? <i>Esto incluiría, entre otros, tratamiento para el cáncer, infección por el VIH, haber recibido un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o con dosis altas de corticosteroides, terapia CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas [HCT], o inmunodeficiencia primaria moderada o grave.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La persona que va a vacunarse, ¿recibió la vacuna contra el COVID-19 antes o durante las terapias de trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o CAR-T?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La persona que va a vacunarse, ¿ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un componente de la vacuna contra el COVID-19</li> <li>• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La persona que va a vacunarse, ¿ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Marque todo lo que corresponda para la persona que va a vacunarse:			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de algún síndrome de origen inmunitario que se defina como trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina (HIT)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (TTS)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses			

Formulario revisado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Adaptado, con reconocimiento, de las listas de verificación de evaluación de la Coalición de Acción para la Vacunación (IAC)