

Registro para la administración de la vacuna contra el COVID-19 y consentimiento informado

COVID-19 Vaccine Administration Record and Informed Consent

Sección A Información personal

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Género: Femenino Masculino No binario Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

(Marcar una opción) El destinatario de la vacuna COVID-19 es:

- un adulto (+18 años) un empleado de RUSH N.º de identificación _____ un menor con un padre con custodia o tutor legal
- un menor de edad (circule uno): emancipado por un tribunal, embarazada, casado(a), padre menor de edad, o sin padre/tutor legal
- un estudiante de Rush University: N.º de identificación _____
- un profesional independiente externo autorizado
- un miembro activo y externo del personal médico de RUSH
- un voluntario en RUSH (servicios especiales y departamentales): N.º de identificación _____
- un trabajador contratado o proveedor: Nombre de la empresa: _____

He recibido y leído las Hojas informativas de autorización de uso por emergencia para destinatarios y cuidadores: Sí No

Sección B Elegibilidad para la vacuna del COVID-19*

1.	¿Usted se encuentra en cuarentena como resultado de la exposición confirmada al COVID-19 o está esperando los resultados de las pruebas sintomáticas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.	¿Ha recibido anticuerpos pasivos contra el COVID-19 (por ejemplo, plasma convaleciente, infusión de anticuerpos monoclonales contra el SARS-CoV-2) en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.	¿Tiene alguno de los síntomas del COVID o algún síntoma parecido a los de la gripe, como fiebre, escalofríos, fatiga, secreción nasal abundante, tos, dolor de cabeza intenso, dolor de garganta, dolores corporales, dificultad para respirar o pérdida reciente del gusto/olfato?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4.	¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna contra el COVID-19 (para la vacuna Pfizer: ARNm, lípidos inyectables, cloruro de potasio, fosfato de potasio, cloruro de sodio, fosfato sódico o sacarosa)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5.	¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a una vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6.	¿Es menor de 18 años? Para destinatarios que son menores de edad, consulte a continuación **	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

* Si respondió "Sí" a las preguntas 1 a 5, no se recomienda la vacuna COVID-19 y no se debe recibir. Consulte con su proveedor de atención primaria.

** Si es menor de 18 años de edad, su padre con custodia o un tutor legal puede dar su consentimiento en su nombre y firmar este formulario;

menores de edad no pueden dar su consentimiento para recibir la vacuna a menos que estén emancipados por un tribunal, estén embarazadas, casados, padres menores de edad o un "menor que busque atención primaria" con verificación de estado por escrito por un adulto calificado bajo la Ley de Consentimiento de Menores de Illinois.

Sección C Reconocimiento y descargo de responsabilidad en relación con la vacuna contra el COVID-19

Para los empleados de RUSH: Entiendo y reconozco que la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 es voluntaria y no se me impuso como condición para conservar mi empleo. También entiendo y doy mi consentimiento para que mi registro de vacunación contra el COVID-19 se almacene y mantenga en Epic, el sistema de registro médico electrónico de RUSH, que puede ser consultado por mis proveedores de atención médica.

Para profesionales independientes autorizados, externos a RUSH; miembros activos y externos del personal médico de RUSH; y personal contratado o proveedores de RUSH: Entiendo y acepto que la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 es voluntaria y no determina mi relación contractual o comercial con RUSH. Eximo de toda responsabilidad a RUSH, sus fiduciarios, funcionarios, agentes, estudiantes, empleados, subsidiarias y afiliadas ante cualquier reclamo, intimación (válida o no), daño, pérdida, acción, procedimiento, multa, responsabilidad y gasto, incluidos, entre otros, los honorarios de abogados, que surjan o se presuma que surjan, total o parcialmente, de lo siguiente: (1) la administración de la vacuna contra el COVID-19, y (2) cualquier reacción adversa o efectos secundarios como resultado de la administración de la vacuna contra el COVID-19.

Registro para la administración de la vacuna contra el COVID-19 y consentimiento informado
COVID-19 Vaccine Administration Record and Informed Consent

Para los estudiantes de Rush University: Entiendo y reconozco que la aplicación de la vacuna del COVID-19 es voluntaria y no se me impuso como condición para mi inscripción en Rush University. También entiendo y doy mi consentimiento para que mi registro de vacunación contra el COVID-19 se almacene y mantenga en Epic, el sistema de registro médico electrónico de RUSH, que puede ser consultado por mis proveedores de atención médica.

Para voluntarios de RUSH: Entiendo y acepto que la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 es voluntaria y no es una condición determinante para mi trabajo voluntario o mi relación contractual con RUSH. Eximo de toda responsabilidad a RUSH, sus fiduciarios, funcionarios, agentes, estudiantes, empleados, subsidiarias y afiliadas ante cualquier reclamo, intimación (válida o no), daño, pérdida, acción, procedimiento, multa, responsabilidad y gasto, incluidos, entre otros, los honorarios de abogados, que surjan o se presuma que surjan, total o parcialmente, de lo siguiente: (1) la administración de la vacuna contra el COVID-19, y (2) cualquier reacción adversa o efectos secundarios como resultado de la administración de la vacuna contra el COVID-19.

Para CUALQUIER otra persona, incluyendo menores: Además de dar mi consentimiento a continuación, me comprometo a eximir de toda responsabilidad a RUSH, sus fiduciarios, funcionarios, agentes, estudiantes, empleados, subsidiarias y afiliadas ante cualquier reclamo, intimación (válida o no), daño, pérdida, acción, procedimiento, multa, responsabilidad y gasto, incluidos, entre otros, los honorarios de abogados, que surjan o se presuma que surjan, total o parcialmente, de lo siguiente: (1) la administración de la vacuna contra el COVID-19, y (2) cualquier reacción adversa o efectos secundarios como resultado de la administración de la vacuna contra el COVID-19.

Sección D Consentimiento para la vacunación contra el COVID-19

Por la presente, doy mi consentimiento libremente para que se me aplique la vacuna contra el COVID-19, que está autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos para uso exclusivo en caso de emergencia. Certifico que he revisado y entiendo completamente la información incluida en la Hoja informativa de autorización de uso por emergencia para receptores y cuidadores, que contiene información importante sobre los riesgos y beneficios conocidos de la vacuna contra el COVID-19, los riesgos que la Administración de Alimentos y Medicamentos aún no conoce y las vacunas alternativas contra el COVID-19. Asimismo, certifico que el receptor cumple con los requisitos vigentes para recibir la vacuna contra el COVID-19. Entiendo y acepto que tengo la responsabilidad exclusiva de analizar con mi proveedor de atención primaria cualquier inquietud que tenga sobre la vacuna contra el COVID-19. Después de considerar cuidadosamente toda la información que he recibido, asumo de manera voluntaria toda la responsabilidad por cualquier reacción adversa o efecto secundario, conocidos o desconocidos, que pudiera producirse como resultado de la aplicación de la vacuna contra el COVID-19.

Sección E Firma del consentimiento y descargo de responsabilidad en relación con la aplicación de la vacuna contra el COVID-19

Firma del destinatario / padre / tutor legal: _____

Fecha: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Relación de la Parte Consintiente con el menor, si corresponde: _____

Intérprete certificado, si se utilizó: _____ N.º de identificación: _____

FOR HEALTHCARE PROVIDER ONLY (PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA ÚNICAMENTE)

(Complete **BEFORE** vaccine administration)

Vaccine Lot #: _____ Exp. Date: _____

Diluent Lot #: _____ Exp. Date: _____

I have reviewed the following: Sections A and B above, the vaccination NDC, Lot and Expiration date. Initial here: _____

Complete **AFTER** vaccine administration

Vaccine	NDC	Mfq	Dosage	Admin. Site	EUA Fact Sheet Publication Date (mm/vv)

I have provided the patient with the appropriate documentation and information Initial: _____

Clinician's name: _____ Clinician's signature: _____

Administration date: _____ Date EUA Fact Sheet and Vaccine card given to patient: _____