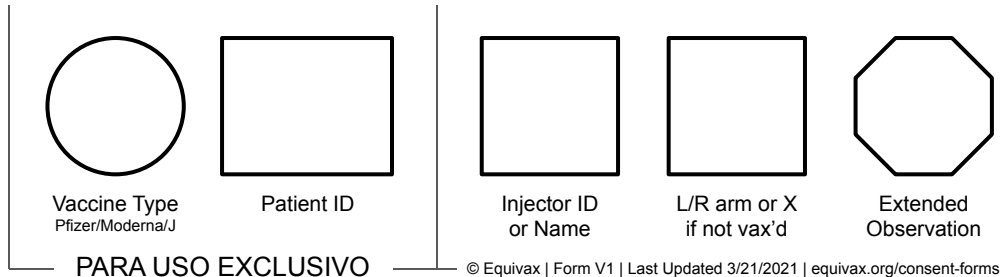




SPANISH



PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA

© Equivax | Form V1 | Last Updated 3/21/2021 | equivax.org/consent-forms

# ¡Bienvenido!

	Yes	No
1. ¿Ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos 10 días: fiebre (más de 100.4F), escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolor muscular, dolor de cabeza, cambios recientes en el sentido del olfato y el gusto, dolor de garganta, congestión o mucosidad nasal, náuseas, vómitos o diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido antes la vacuna contra el COVID -19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene alergia a ALGÚN medicamento, alimento o látex (ej. huevos, gelatina, timerosal, neomicina, gentamicina, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o se ha desmayado después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convalecientes) como tratamiento contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha salido positivo en una prueba de COVID-19 en las últimas 2 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene alguna condición médica o toma algún medicamento que puede debilitar su sistema inmunológico? Si la respuesta es Sí, indique cuál(es): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Está embarazada o dando de lactar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Consentimiento con conocimiento y cuestionario sobre la vacuna contra el COVID-19

**Consentimiento con conocimiento:** *Por favor, lea y firme.*

Con mi firma a continuación, consiento que me pongan la vacuna. Igualmente, libero a **Urgent Care Now** y a sus afiliados, empleados y voluntarios de toda responsabilidad, incluidos actos de omisión o comisión, resultantes o derivados de esta vacunación. Entiendo que: 1) He elegido voluntariamente recibir la vacuna. 2) Soy mayor de edad y tengo la autoridad para firmar este formulario de consentimiento. 3) Alertaré inmediatamente al administrador de la vacuna de cualquier condición médica que pueda afectar negativamente a mi salud personal o a la eficacia de la vacuna. 4) Me han hablado de los posibles efectos secundarios de la vacuna, cuándo pueden ocurrir, y cuándo y dónde debo buscar tratamiento. Soy responsable de hacer seguimiento con mi médico a mi propio costo si experimento efectos secundarios. 5) Debo permanecer en la zona durante 15 minutos después de la vacuna para la observación o 30 minutos si he informado que tengo alergias o reacciones graves a medicamentos, alimentos o látex. 6) He leído, pedido que me lean, la hoja informativa proporcionada sobre la(s) vacuna(s) que me van a poner. He tenido oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas. 7) Esta vacuna, incluida cualquier vacuna concedida con protección adicional de la privacidad bajo las leyes estatales o federales, está sujeta a reportes ante las autoridades de inmunización, las cuales podrán compartir mis datos de inmunización con otros o el Departamento de Salud local, si corresponde, y autorizo estas divulgaciones.

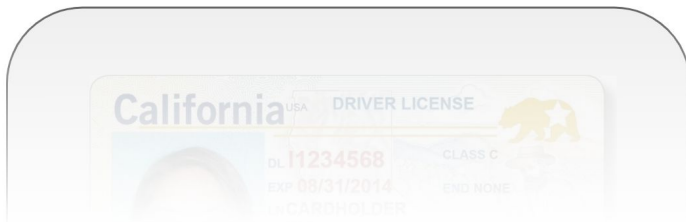
\_\_\_\_\_  
Nombre legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Código Postal (Zip)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento



La clínica escaneará su tarja de identidad

No hay problema si no tiene una



La clínica escaneará su tarjeta de seguro al inscribirle

No hay problema si no tiene seguro