

PLACE LABEL HERE

Consentimiento

Me gustaría recibir la vacuna de COVID-19.
Entiendo que la vacuna ha sido autorizada por
la administración de comida y drogas (FDA)
para uso de emergencia solamente.

Certifico que he recibido y entiendo la información que contiene la hoja de datos de autorización para uso de emergencia para
recipientes y cuidadores, la cual contiene información importante acerca de los riesgos, efectos secundarios, y beneficios de la
vacuna de COVID-19. Tengo en cuenta que puedo tener otras reacciones adversas o efectos secundarios y que hay riesgos que
siguen siendo desconocidos, ya que la vacuna todavía está en pruebas clínicas.

Certifico que cumpla con los requisitos actuales que se mencionan abajo para recibir la vacuna de COVID-19:

- No estoy actualmente enfermo con fiebre, tos, falta de aliento, congestión nasal, diarrea, vómito, o pérdida de olfato o gusto
- No he tenido una prueba positiva de COVID-19 en los últimos 21 días
- No he recibido otra vacuna en los últimos 14 días
- No he recibido terapia de anticuerpos para COVID-19 en los últimos 90 días
- No he tenido una reacción alérgica severa a una dosis previa de cualquier vacuna o cualquier medicamento que sea inyectable;
por ejemplo, una reacción que requiere el uso de epinefrina.
- No tengo un historial de una reacción alérgica inmediata tal como ronchas, hinchazón o dificultad para respirar dentro de 4
horas de recibir una vacuna de mRNA tal como la vacuna de COVID-19 de Moderna.
- No tengo alergia que yo sepa, a polisorbato, polietilenglicol (PEG un ingrediente que normalmente se encuentra en algunos
laxantes o en preparación intestinal)
- No tengo un historial de reacciones alérgicas severas, tales como las que requieren el uso de epinefrina, a comida, mascotas,
veneno, el medio ambiente, o látex
- Si he tenido una reacción alérgica como esta, estoy de acuerdo en quedarme y ser observado por 30 minutos.

Entiendo que se necesitan dos dosis de la vacuna de COVID-19 para que la vacuna sea completamente efectiva.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas en cuanto a la vacuna y estas fueron contestadas a mi satisfacción. Si estoy
embarazada, lactando, o soy paciente inmunocomprometido, he tenido la oportunidad de hablar con mi médico de cuidado
primario y deseo ser vacunado.

Entiendo que esta vacuna es voluntaria. Doy permiso para que mi expediente de vacunación de COVID-19 sea guardado y
mantenido en el sistema de expedientes médicos electrónico de Lawndale Christian Health Center, el cual puede ser visto o
inspeccionado por mi médico, y si soy empleado de LCHC por el equipo de salud al empleado de LCHC.

Estoy de acuerdo en quedarme en el área clínica donde reciba la vacuna por al menos 15 minutos después de recibir la inyección,
como se me ha indicado.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____