

 UNIVERSITY of MARYLAND MEDICAL SYSTEM UNIVERSITY OF MARYLAND MEDICAL CENTER Consentimiento Para Tratamiento	DOB:	
	MRN:	
	Adm Date:	

Formulario de consentimiento para recibir la vacuna contra el COVID-19

Nombre de la persona que recibirá la vacuna:

Este Formulario de Consentimiento de Vacunación debe ser utilizado para la administración de la vacuna contra el COVID-19 a cualquier persona en un centro de Vacunación Masiva de la Comunidad.

Declaro que yo, o mi hijo/receptor de la vacuna, tenemos 16 años de edad o más. Además declaro que:

Comprendo que esta vacuna está disponible para su uso a partir de un proceso de Autorización de Uso de Emergencia ("EUA"), llevado a cabo por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Este proceso de EUA se utilizó para facilitar el desarrollo oportuno de esta vacuna, además de garantizar su calidad, seguridad y eficacia.

Comprendo que los beneficios de recibir una vacuna contra el COVID-19 incluyen los siguientes:

- La vacuna contra el COVID-19 le ayudará a evitar que enferme de COVID-19
- La vacuna contra el COVID-19 también puede proteger a las personas que lo rodean
- La vacuna contra el COVID-19 ayuda a crear protección contra la infección por coronavirus COVID-19

Comprendo que los efectos secundarios comunes de la vacuna contra el COVID-19 incluyen:

- Dolor en el lugar de la inyección
- Dolor muscular/articular
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Fiebre
- Escalofríos

Estos síntomas pueden ser más comunes después de la segunda dosis de la vacuna y, por lo general, remiten en 24 a 48 horas.

Comprendo que existe una pequeña posibilidad de que no reciba los beneficios protectores de esta vacuna.

- Aunque se ha demostrado que esta vacuna es muy eficaz, no se ha demostrado que prevenga la infección en el 100% de la población que recibió la vacuna durante el ensayo.
- Comprendo que, si estoy inmunodeprimido, la eficacia de la vacuna podría verse reducida.

Comprendo que existe un riesgo potencial de una reacción alérgica grave a la vacuna

Comprendo que existe una pequeña posibilidad de que la vacuna contra el COVID-19 pueda causar una reacción alérgica grave, especialmente en personas que en el pasado han experimentado una reacción anafiláctica (reacción alérgica grave). Si yo (o mi hijo/receptor de la vacuna) estoy recibiendo esta vacuna y yo (o mi hijo/receptor de la vacuna) tengo antecedentes de reacción alérgica grave, se me ha indicado que analice los riesgos y beneficios de esta vacuna con mi proveedor de atención médica (o el de mi hijo/receptor de la vacuna), antes de recibirla.

Comprendo que podría haber riesgos adicionales desconocidos para la vacuna contra el COVID-19

Comprendo que los efectos secundarios enumerados anteriormente podrían no ser todos los efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19, ya que aún se está estudiando en ensayos clínicos. Comprendo que los efectos secundarios a largo plazo, o las complicaciones de esta vacuna, se desconocen en este momento.

Entiendo que yo (o mi hijo/receptor de la vacuna) no debería recibir la vacuna contra el COVID-19 si yo (o mi hijo/receptor de la vacuna) soy alérgico a cualquiera de los componentes de la vacuna contra el COVID 19 o si yo (o mi hijo/receptor de la vacuna) he recibido alguna vacuna en los últimos 14 días.



DOB:

MRN:

Adm Date:

Reconocimiento:

1. He leído o me han explicado la Hoja de datos/Información sobre la Autorización de Uso de Emergencia ("EUA") relativa a la vacuna contra el COVID-19 que recibo yo o mi hijo/receptor de la vacuna, y comprendo la información y las recomendaciones que contiene.
2. Entiendo que si yo o mi hijo/receptor de la vacuna estamos recibiendo una segunda dosis de una vacuna contra el COVID 19 de dos (2) dosis, confirmaré con el vacunador, en el momento de mi segunda vacunación o la de mi hijo/receptor de la vacuna, que el fabricante de ambas vacunas sea el mismo.
3. **NIÑOS DE 16 Y 17 AÑOS DE EDAD:** Comprendo que, si soy el padre, madre o tutor de un niño que recibe una vacuna contra el COVID 19 de dos (2) dosis, mi hijo solo puede recibir la vacuna fabricada por Pfizer Pharmaceuticals. Antes de cada vacunación, confirmaré con la persona que administra la vacuna que la vacuna que se le coloca a mi hijo es la vacuna contra COVID 19 de Pfizer.
4. Comprendo que este centro enviará esta información de vacunación al registro de vacunación estatal.

Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y solicito que me la administren a mí (o a mi hijo/receptor de la vacuna).

Consentimiento para la vacunación:

He leído y comprendo la información contenida en este formulario. En función de dicho entendimiento, por la presente otorgo mi consentimiento, para mí o para mi hijo/receptor de la vacuna, a recibir la vacuna contra el COVID-19 que se me proporcione a mí o a mi hijo/receptor de la vacuna.

Firma del receptor de la vacuna contra el COVID-19

Fecha

Hora

Firma del padre/madre/tutor del receptor de la vacuna contra el COVID-19

Fecha

Hora

(si el receptor es menor de 18 años o no tiene capacidad para dar su consentimiento)