

Consentimiento de Administración de la Vacuna COVID-19 2020-2021

La vacuna COVID-19 tiene por objetivo reducir el riesgo de que una persona contraiga el SRAS-CoV-2, el virus que causa la enfermedad coronavirus 2019 (COVID-19). Como todos los medicamentos, ninguna vacuna es completamente eficaz, y toma unas semanas después de la vacuna para que el cuerpo construya protección. Algunas personas todavía pueden contraer COVID-19 a pesar de estar vacunado, pero la vacunación debe disminuir la gravedad de cualquier infección futura.

La vacuna COVID-19 ha sido aprobada para su uso en personas de 12 años o más, incluidas las personas embarazadas. Los datos son limitados sobre la seguridad de la vacuna COVID-19 en personas embarazadas y lactantes en este momento. La vacuna no puede dar a una persona la enfermedad COVID-19, y dos dosis reducirán la probabilidad de que una persona se enferme gravemente o muera a causa de la enfermedad. Todas las personas que reciben la vacuna aún tendrán que seguir las recomendaciones de CDC para reducir la transmisión de COVID-19, como usar el cubrebocas cuando sea necesario, mantener distanciamiento social y lavarse las manos con frecuencia.

Las vacunas pueden causar efectos secundarios. La mayoría de estos son leves y a corto plazo, y no a todos les afecta. Revise la información del producto y la hoja informativa proporcionada para obtener más detalles sobre la vacuna y los posibles efectos secundarios. También se puede encontrar información adicional en el sitio web Health and Human Services en www.vaccines.gov/diseases/covid. Puede reportar sospechas de efectos secundarios de vacunas y medicamentos en línea en el programa V-Safe de CDC registrándose en www.cdc.gov/vsafe.

He leído, o me han explicado, la información sobre la vacuna COVID-19. Comprendo los riesgos y beneficios de la vacuna y solicito que me administren la vacuna. Además, entiendo que el registro de la administración de vacunas se documentará en mi expediente electrónico de salud de BCH.

Nombre impreso del paciente o persona responsable

Paciente Padre o tutor Otra persona

Relación al Paciente

Firma del paciente o persona responsable

____/____/_____
Fecha de firma

El Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Boulder Community Health está disponible a pedido.

MR#: _____