

Forma de Consentimiento para la Vacuna contra el COVID-19

La información en esta forma es requerida colectar. Su información se mantendrá confidencial.

¿Para cual dosis está aquí? (seleccione uno):	1 ^{er} Dosis	2 ^{da} Dosis	3 ^{er} Dosis (inmunodep.)	Dosis de Refuerzo
	<input type="checkbox"/> Janssen (ages 18+)	<input type="checkbox"/> Pfizer (ages 5+)	<input type="checkbox"/> Pfizer (ages 12+)	<input type="checkbox"/> Pfizer (ages 18+)
	<input type="checkbox"/> Pfizer (ages 5+)	<input type="checkbox"/> Moderna (ages 18+)	<input type="checkbox"/> Moderna (ages 18+)	<input type="checkbox"/> Moderna (ages 18+)
				<input type="checkbox"/> Janssen (ages 18+)
Nombre (escriba claro):	Apellido: _____ Primer nombre: _____			
Número telefónico (código de área y teléfono):				
Fecha de nacimiento (mes/día/año):				
Dirección (ciudad, estado, código postal):	Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____			
Género (circule uno):	Masculino Femenino Otro: _____			
Raza (circule uno):	Asiático Nativo de Hawái Otro Isleño del Pacifico Negro o Afroamericano Indígena Americano o Nativo de Alaska Blanco Mas de una raza Otro: _____			
Etnia (circule uno):	Hispano o Latino No Hispano o Latino Otro: _____			
Preferencia de idioma (circule uno):	Ingles Español Lenguaje de señas Otro: _____			
Vivienda (marque todo lo que corresponda):	En el último año: <input type="checkbox"/> He estado sin vivienda <input type="checkbox"/> He tenido vivienda poseída o dirigida por la Autoridad de Vivienda. <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones anteriores aplica			
Trabajo agrícola (marque todo lo que corresponda):	En los últimos dos años, yo o un dependiente financiero mío ha sido: <input type="checkbox"/> un trabajador/a agrícola migrante (se mudó temporalmente a otra ciudad para encontrar trabajo agrícola como en viñedos o cosecha de frutas)? <input type="checkbox"/> un trabajador/a temporal agrícola (trabajo agrícola local durante ciertas temporadas como en viñedos o cosecha de frutas)? <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones anteriores aplica			
Primer nombre de su mamá (identificador único):				

Reconocimiento que recibió la información y entiende los riesgos

Yo entiendo que estoy en gran riesgo de adquirir la infección del COVID-19 sin la vacuna contra el COVID-19. Yo entiendo que existen vacunas autorizadas por la FDA y para caso de emergencia disponible, que protegen contra el COVID-19. Me han proporcionado información acerca de los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer (ahora autorizado para años 12 y arriba), Moderna (años 18 y arriba) o Janssen (años 5 y arriba) contra el COVID-19 que voy a recibir y me han brindado la oportunidad de vacunarme contra el COVID-19 sin costo para mí. Yo acepto la vacuna.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

