

Salem County Department of Health & Human Services (SCDHHS)

COVID-19 Vaccine Consent Form

110 5th Street, Salem, NJ 08079

856-935-7510 ext. 8474

NJIS#: _____

Fact Sheet Date: _____

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (letra de imprenta)

Apellido		Nombre		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento	Años	Sexo	Raza	Etnia	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	COUNTY
Número de seguro social			Número de teléfono		

INFORMACIÓN DEL SEGURO (letra de imprenta)

Nombre del seguro primario:
Número de identificación del seguro:
<input type="checkbox"/> Sin seguro

***TENGA EN CUENTA: SCDHHS PROPORCIONA LA VACUNA COVID-19 PARA MAYORES DE 3 AÑOS*
CONSENTIMIENTO (Leer antes de firmar)**

Entiendo que, al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el participante mencionado reciba la vacuna contra el COVID-19. He respondido todas las preguntas de este formulario de manera adecuada y según mi leal saber y entender. He proporcionado a SCDHHS un historial de vacunas contra el COVID-19 incluidas, entre otras, las dosis anteriores recibidas para mí o para el participante designado, y entiendo que SCDHHS administrará dosis adicionales de la vacuna contra el COVID-19 según la información que proporcioné. Se me proporcionó y revisé la Hoja de datos de la vacuna y se me brindó la oportunidad de hacer preguntas. Doy mi permiso para que mi información de vacunación se incluya en el Sistema de Información de Vacunación de Nueva Jersey. La información sobre este programa está disponible a pedido SCDHHS mantenedora este registro medico en archivo por un mínimo de 3 años.

TO BE COMPLETED BY SCDHHS STAFF

Clinic: Salem County Health Department

IM injection site:

Left Deltoid Right Deltoid Other

<p>Label Date/Place Vaccine administered Exp. Date and Lot #</p>

Signature & Title of Vaccine Administrator

Reviewed By

Salem County Department of Health & Human Services (SCDHHS)
COVID-19 Vaccine Consent Form
110 5th Street, Salem, NJ 08079
856-935-7510 ext. 8474

CONSENTIMIENTO (Leer antes de firmar)

Entiendo que SCDHHS, sus empleados, representantes, agentes y voluntarios están libres de cualquier responsabilidad por vacunarme contra el COVID-19. Entiendo que la atención médica de seguimiento puede ser necesaria en caso de exposición y acepto seguir los protocolos de seguimiento de exposición de SCDHHS. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema asociado con recibir la vacuna Covid-19.

Autorizo la presentación de un reclamo a Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador por los servicios que me brindó SCDHHS ahora, en el pasado o en el futuro, hasta que revoque esta autorización por escrito por correo certificado. Entiendo que no se presentará un reclamo de seguro si elegí optar por no recibir la facturación del seguro. Acepto remitir de inmediato a SCDHHS cualquier pago que reciba directamente del seguro o de cualquier fuente por los servicios que me brindó, y cedo todos los derechos de dichos pagos a SCDHHS. Autorizo a SCDHHS a apelar las denegaciones de pago u otras decisiones adversas en mi nombre sin autorización adicional. Autorizo y ordeno a cualquier titular de seguro médico, facturación u otra información relevante sobre mí que divulgue dicha información a SCDHHS y sus agentes de facturación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y/o cualquier otro pagador o asegurador, y sus respectivos agentes o contratistas, según sea necesario para determinar estos u otros beneficios pagaderos por los servicios que SCDHHS me brindó, ahora, en el pasado o en el futuro. También autorizo a SCDHHS a obtener información médica, de seguros, de facturación y otra información relevante sobre mí de cualquier parte, base de datos u otra fuente que mantenga dicha información. Yo/Nosotros solicitamos el pago de cualquier beneficio de seguro médico para ir directamente a SCDHHS. Yo/Nosotros permitimos que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Una copia de este formulario es tan válida como el original.

<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Firma del participante o padre/tutor	Date: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> (mes) (día) (ano)
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nombre del padre o tutor (letra de imprenta de imprenta)	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Relación con el receptor de la vacuna (letra de imprenta)

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna (tanto niños como adultos): **Nombre** _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deba vacunarse contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no deba vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si alguna de las preguntas no es clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Qué edad tiene la persona que va a vacunarse? _____			
2. La persona que va a vacunarse, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que va a vacunarse, ¿ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es "sí", ¿qué producto le administraron? 			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Janssen (<i>Johnson & Johnson</i>) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 le administraron? _____ • ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. La persona que va a vacunarse, ¿tiene alguna afección o está recibiendo algún tratamiento que haga que esté moderada o gravemente inmunodeprimida? <i>Esto incluye, entre otros, tratamiento para el cáncer, infección por el VIH, haber recibido un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o con dosis altas de corticosteroides, terapia CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas (HCT), o inmunodeficiencia primaria moderada o grave.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La persona que va a vacunarse, ¿recibió la vacuna contra el COVID-19 antes o durante las terapias de trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o CAR-T?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La persona que va a vacunarse, ¿ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
<ul style="list-style-type: none"> • Un componente de la vacuna contra el COVID-19 • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La persona que va a vacunarse, ¿ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Marque todo lo que corresponda para la persona que va a vacunarse:			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de algún síndrome de origen inmunitario que se defina como trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina (HIT)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (STT o, por sus siglas en inglés, TTS)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses			
<input type="checkbox"/> Se vacunó contra la viruela símica en las últimas 4 semanas			

Formulario revisado por _____

Fecha _____