



THE COUNTY OF CHESTER



COMMISSIONERS
Marian Moskowitz
Josh Maxwell
Michelle Kichline

JEANNE E. FRANKLIN, MPH, PMP
County Health Director

CHESTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT
Chester County Government Services Center
601 Westtown Road, Suite 290
West Chester, PA 19380-0990
610-344-6225 FAX: 610-344-6727
www.chesco.org/health

Evaluación y Consentimiento para la Vacunación Contra el COVID-19

Vaccine Recipient Information

Nombre del Paciente <i>Favor de escribir con letra de molde</i>	Apellido	Primer Nombre	Segunda Inicial
Fecha de Nacimiento		Idioma Preferido	
Género: Masculino Femenino Otro		Teléfono	
Nombre de Padre/Madre/ Tutor Legal <i>(Si es aplicable, favor de escribir con letra de molde)</i>		Dirección de Correo Electrónico	
Dirección		Número de Apartmento/Unidad	
Ciudad	Estado	Código Postal	

Por favor, responda las siguientes preguntas con un círculo sí o no

Etnicidad	No-Hispana	Hispana	Otro	Rehusó	
Raza	Asiático	Negra o Afro Americano	Blanca	Otro o Multirracial	Indio Americano o Nativo de Alaska
	Nativo de Hawaii o Islas del Pacifico	Rehusó			

Formulario de Evaluación

1.	¿Se siente enfermo/a hoy?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
2.	¿En los últimos 10 días, ¿Ha tenido una prueba de COVID-19 o algún proveedor de la salud o el departamento de salud le ha informado que debe estar en aislamiento o cuarentena en su hogar debido a una infección o exposición al COVID-19?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
3.	¿Ha recibido tratamiento con terapia de anticuerpos para el COVID-19 en los pasados 90 días (3 meses)? <i>Si la respuesta es Sí, ¿Cuándo recibió la última dosis?</i>	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
4.	¿Lleva una pluma epinúlica para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o látex?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
5.	¿Ha recibido algunas vacunas en los últimos 14 días (2 semanas) incluyendo la vacuna de gripe? <i>Si la respuesta es Sí, ¿Cuánto tiempo atrás fue su más reciente vacuna? Fecha:</i>	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
6.	¿Está embarazada o considerando el quedar embarazada?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
7.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, historial de alguna enfermedad autoinmune o cualquier otra condición que debilite su sistema inmune?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
8.	¿Está tomando algún medicamento que afecte su sistema inmune, tal como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamento anticanceroso, o ha recibido algún tratamiento de radiación?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
9.	¿Ha recibido una dosis previa de alguna vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué vacuna del fabricante recibió?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
10.	¿Tuvo algún síntoma de alergia después de una vacuna COVID-19?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido

Autorización de Uso de Emergencia

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha hecho disponible la vacuna contra el COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA). La EUA es utilizada cuando existen circunstancias que justifiquen el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, tal como la pandemia del COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de reviso como un producto aclarado o aprobado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA en hacer disponible la vacuna bajo la EUA está basada en la existencia de una emergencia de salud pública y la totalidad de evidencia científica disponible, mostrando que los conocidos y potenciales beneficios de la vacuna sobrepasan los conocidos y potenciales riesgos.

Página 1 de 2. Favor de completar y firmar el consentimiento en la parte de atrás



THE COUNTY OF CHESTER



COMMISSIONERS
Marian Moskowitz
Josh Maxwell
Michelle Kichline

JEANNE E. FRANKLIN, MPH, PMP
County Health Director

CHESTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT
Chester County Government Services Center
601 Westtown Road, Suite 290
West Chester, PA 19380-0990
610-344-6225 FAX: 610-344-6727
www.chesco.org/health

Autorización y Consentimiento

CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA: Me han dado una copia y he leído o me han explicado la información sobre la vacuna de COVID-19. Entiendo que si esta vacuna requiere dos dosis, dos dosis de esta vacuna necesitarán ser aplicadas para que sea efectiva. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas a mi satisfacción (y que la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado(a) en hacer esta solicitud también tuvo la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna como han sido descritos. Solicito que la vacuna de COVID-19 sea aplicada a mí (o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado(a) en hacer esta solicitud). Por este medio renuncio e indefinidamente libero de toda responsabilidad al Condado de Chester (de aquí en adelante: Condado), sus oficiales, empleados, agentes, y/o, sus oficiales, empleados, agentes, y/o designados de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones, demandas, y/o causas de acción, ya sea por ley o equidad, lo cual de aquí en adelante resulte en yo recibir la vacuna de COVID-19 con respecto a cualquier daño corporal (incluyendo pero no limitado a reacciones alérgicas potenciales e infecciones) o algún otro daño, incluyendo cualquier daño mental, enfermedad, muerte, o daño a alguna propiedad que pueda resultar. Entiendo que el Condado no asumirá ninguna responsabilidad u obligación en proveer asistencia financiera o alguna otra asistencia, incluyendo pero no limitada a asistencia médica, de salud, o seguro de incapacidad en el evento de algún daño, enfermedad, muerte o daño de propiedad, a no ser que de otra manera sea gobernado expresamente por e interpretado de acuerdo a las leyes de la Comunidad del Estado de Pensilvania. Estoy en acuerdo que en el evento que cualquier cláusula o provisión de esta Renuncia sea contenida como inválida por cualquier corte de jurisdicción competente, la invalidez de dicha cláusula o provisión no afectará las provisiones restantes de este Consentimiento y Renuncia. **Consentimiento para el uso de información médica protegida y acuerdo de reclamos:** Por la presente doy mi consentimiento y acuso recibo de un Aviso de prácticas de privacidad con respecto al uso y divulgación de cualquier información médica personal con el propósito de operaciones de atención médica, junto con la asignación de todos los pagos. desde la aseguradora mencionada anteriormente hasta VaxCare asociado con los servicios contemplados en este documento. Autorización de vacuna: mi firma en este formulario indica que he solicitado que una estación de VaxCare o un representante de VaxCare me administre la vacuna que se indica a continuación. Yo exoneró a VaxCare, el socio de VaxCare, la enfermera administradora y el personal de cualquier responsabilidad por las reacciones que pudieran ocurrir. Renuncio incondicional e irrevocablemente a cualquier derecho a un juicio por jurado, en la medida máxima permitida por la ley, por cualquier reclamo o acción que surja o esté relacionado con este servicio, y que dicho reclamo o acción se determinará únicamente de forma individual a través de arbitraje de acuerdo con las Reglas de Capital Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. Ni yo ni VaxCare tendremos derecho a unir o consolidar reclamos en arbitraje por o contra otras personas o entidades o arbitrar reclamos como miembro representante de una clase o en calidad de procurador general privado. En el caso de exposición ocupacional, VaxCare tiene permiso para realizar análisis de sangre para la seguridad del paciente y del empleado por igual. He leído o me han explicado la información de la Declaración de información sobre la vacuna y entiendo los riesgos (incluidos los eventos adversos) y los beneficios de la vacuna. Entiendo que será responsable del pago de la vacuna a continuación, estos servicios no son gratuitos y que la falta de pago por parte de la compañía de seguros o del paciente resultará en cobros por el monto adeudado. Además, entiendo que si soy un paciente que paga por mi cuenta o no pago que recibe servicios, todos los fondos deben pagarse en el momento del servicio y no a VaxCare. Si consiento por otra persona, tengo la autoridad legal, basada en mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna.

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA: He leído el Consentimiento y Renuncia en la parte de arriba y entiendo sus provisiones. Entiendo que la participación en este programa de vacunación de COVID-19 es completamente voluntaria y no requerida. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y solicito que la vacuna sea administrada a mi persona o a la persona mencionada arriba por quien estoy autorizado(a) en hacer esta solicitud. Entiendo que no habrá costo para mí por esta vacuna. Entiendo que cualquier cantidad de dinero o beneficios por administrar la vacuna serán asignados y transferidos al proveedor de la vacunación, incluyendo beneficios/dinero por parte de mi plan de seguro médico, Medicare, Medicaid o terceros que son financieramente responsables por mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda información que sea necesaria (incluyendo pero no limitada a registros médicos, copias de reclamaciones y facturas detalladas) para verificar pagos y como sean necesarios para otros propósitos de salud pública, incluyendo registros de vacunas que sean aplicables. Por el presente, libremente y voluntariamente, sin coerción, ejecuto este Consentimiento y Renuncia bajo los términos ya descritos en la parte de arriba.

Firma del Paciente/Sustituto/Tutor	Fecha
Nombre del Paciente <i>Favor de escribir con letra de molde</i>	Parentesco con el paciente <i>Aparte del paciente</i>

El/La Paciente No Completa Esta Sección. El Vacunador Llenará la Parte de Abajo

Which vaccine is the patient receiving today?			
Vaccine Name	Administration	EUA Fact Sheet Date	Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	☐ First Dose ☐ Second Dose		
Moderna	☐ First Dose ☐ Second Dose		
Administration Site	☐ Left Deltoid	☐ Right Deltoid	☐ Left Thigh ☐ Right Thigh
Dosage	☐ 0.5 mL	☐ 0.3 mL	

Nurse/Administrator

	I hereby attest by my signature that the patient (or guardian of patient) in question has been provided access to and explained the Vaccine Information Statement and appropriate immunization schedules and has given verbal and written consent for vaccination.
	I have reviewed side effects with patient (and parent, guardian or surrogate, as applicable)
	I confirm that the patient (and their surrogate, if applicable) was given an opportunity to ask questions about the vaccination, and all the questions asked by them (and/or their surrogate) have been answered correctly and to the best of my ability.
Administrator Signature:	Date