

# Vacuna COVID-19 Moderna Encuesta PDF1

## Encuesta de vacunas COVID-19

**Tenga en cuenta que la clínica de vacunación COVID-19 del Departamento de Salud de Nutley es para individuos que viven y/o trabajan en Nutley y tienen 18+ años de edad.**

*Por favor, responda a cada pregunta para que se procese el registro.*

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha del paciente de Birth: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masculino/Femenino

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

raza:

- Afroamericano/Negro
- asiático
- Indio americano/nativo de Alaska
- Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
- Blanco
- Negado
- Otro

origen étnico:

- Hispano/Latino
- No hispano/latino
- desconocido

**\*\*Por favor, responda a las siguientes preguntas escribiendo SÍ o NO\*\***

# Vacuna COVID-19 Moderna Encuesta PDF1

## A. Información importante

- Doy mi consentimiento para publicar mis registros de vacunación al Departamento de Salud del Condado de Essex.
- Doy mi consentimiento para publicar mis registros de vacunación en el Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva Jersey.
- Consiente que me vacunen.

- He leído el documento [de autorización de uso de emergencia moderna \(EUA\)](#)
- He leído la visión general de la FDA de la [vacuna Moderna COVID-19](#)

**SU RESPUESTA: ESTOY DE ACUERDO \_\_\_\_\_** *(por favor responda aquí sí o no)*

## B. Evaluación actual de los síntomas covid-19:

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas?

- Congestión o moqueo nasal
- Tos
- diarrea
- fatiga
- Fiebre o escalofríos
- jaqueca
- Dolores musculares o corporales
- Náuseas o vómitos
- Nueva pérdida de sabor u olor
- Dificultad para respirar o dificultad para respirar
- Dolor de garganta
- ¿Usted o cualquier persona con la que haya estado en estrecho contacto ha sido diagnosticado con COVID-19, o ha sido puesto en cuarentena para un posible contacto con COVID-19?
- ¿Se le ha pedido que se autoaisle o ponga en cuarentena a un profesional de la salud o a un funcionario de salud local?

**SU RESPUESTA: \_\_\_\_\_** *(por favor responda aquí sí o no)*

## C. Contraindicaciones para recibir la vacuna COVID-19

# Vacuna COVID-19 Moderna Encuesta PDF1

Por favor revise lo siguiente y responda "SÍ" si alguna de estas declaraciones es verdadera:

Usted ha recibido cualquier vacuna en los últimos catorce días.

Alguna vez ha recibido una vacuna COVID-19.

¿Alguna vez has tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, una reacción para la que te trataron con epinefrina o EpiPen, o para la cual tuviste que ir al hospital.

¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como tratamiento para COVID-19?

¿Estás embarazada o amamantando?

¿Estás drogado con inmunosupresores?

¿Tienes un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante?

¿Ha conocido alergias al polietileno glicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como laxante y preparaciones para procedimientos de colonoscopia?

¿Usted ha conocido alergias a Plyorbate, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas de película y esteroides intravenosos?

**SU RESPUESTA:** \_\_\_\_\_ *(por favor responda aquí sí o no)*

Certifico que soy: (a) el paciente y al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente y confirmar que el paciente tiene al menos 18 años de edad; o (c) legalmente autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento al Departamento de Salud de Nutley (DOH) o a sus agentes para administrar la vacuna COVID-19.

Entiendo que este producto no ha sido aprobado o licenciado por la FDA, pero ha sido autorizado para uso de emergencia por la FDA, bajo un EUA para prevenir la enfermedad coronavirus 2019 (COVID-19) para su uso en individuos de 18 años de edad o más; y el uso de emergencia de este producto sólo está autorizado mientras dure la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización de uso de emergencia del producto médico en virtud del artículo 564(b)(1) de la Ley FD&C a menos que la declaración sea cancelada o revocada antes.

Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con la recepción de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna anterior y he recibido, leído y/o me había explicado la Hoja informativa de autorización de uso de emergencia sobre la vacuna COVID-19 que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.

Reconozco que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más en casos específicos) después de la administración para observación. Reconozco que si tengo antecedentes de anafilaxia, debo permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 30 minutos después de la administración para observación. Si tengo una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.

En nombre mío, mis herederos y representantes personales, libero y mantengo indemne al Estado de Nueva Jersey, al Municipio de Nutley Health (DOH), a la División Nutley de Manejo de Emergencias (OEM), al Escuadrón voluntario de emergencias y rescate de Nutley (NVERS) y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarias, oficiales, directores,

# Vacuna COVID-19 Moderna Encuesta PDF1

contratistas y empleados de todos y cada uno de los pasivos o reclamaciones, ya sean conocidos o desconocidos, en relación con, o de cualquier manera relacionada con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.

Reconozco que: (a) Entiendo los propósitos/beneficios del Sistema de Información de Inmunización de Nueva Jersey (NJIIS), registro de inmunización y (b) DOH incluirá mi información de inmunización personal en NJIIS y mi información de inmunización personal será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales.

Además, autorizo al Departamento de Salud de Nutley, o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin el pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que el pago de beneficios autorizados se haga en mi nombre al Departamento de Salud de Nutley, o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente.

## **D. Información del seguro:**

- Nombre del proveedor/transportista del seguro: \_\_\_\_\_
- Id. de miembro del proveedor # : \_\_\_\_\_
- ID de grupo #: \_\_\_\_\_

\*No hay gastos de bolsillo para la vacuna a los residentes.

\*A los residentes no asegurados no se les negará la vacuna ni se les facturará la vacuna

**¡Todas las preguntas deben ser respondidas al registro del proceso!**