



**LEGACY MEDICAL CARE
 CONSENT FORM AND ADMINISTRATION RECORD
 MODERNA SARS-CoV-2 Vaccine (COVID-19) 2020-2021**

ESCRIBA CLARAMENTE la información siguiente sobre la persona que recibirá la vacuna.

Apellido: _____ **Inicial del segundo nombre:** _____ **Primer Nombre:** _____

Fecha de Nacimiento _____

Sexo: Masculino Femenino Otro **Etnicidad:** Hispano No Hispano Prefiero no compartir

Raza: Asiático/a Afroamericano/a Caucásico/a Hispano/Latino Indio Americano/Indio de Alaska
 Hawaiano nativo/otra isleña del Pacífico Otra/Más de una raza Prefiero no compartir

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Condado: _____ **Número de Teléfono:** _____

Por favor responda a todas las siguientes preguntas.

1. ¿Está actualmente en cuarentena o aislamiento? SI NO
2. ¿Se le ha realizado una terapia de anticuerpos pasivos para el COVID-19 en los últimos 90 días? SI NO
3. ¿Presenta alguna enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre, incluido cualquier síntoma de COVID?..... SI NO

Si usted respondió SÍ a una de las preguntas anteriores esta clínica no podrá proporcionarle la vacuna en este momento.

4. ¿Es mayor de 18 años? SI NO
5. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días SI NO
 ¿Si es así, Cual(es)? _____
6. ¿Ha recibido alguna vacuna de COVID-19? SI NO
 ¿Si es así, Cuando y que fabricante? _____
7. ¿Ha resultado positivo/a de COVID? SI NO
 ¿Si es así, Cuando? _____
8. ¿Alguna vez ha tenido trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes (aspirina/warfarina /Coumadin)? SI NO
9. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna (por ejemplo, anafilaxia)? SI NO
10. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a un medicamento inyectable (por ejemplo, anafilaxia)? SI NO
11. ¿Es alérgico(a) a alguno de los ingredientes de la vacuna contra el COVID?..... SI NO

Consentimiento

Me han dado y he leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para la Vacuna Moderna y me han respondido mis preguntas sobre la vacuna COVID-19. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna COVID-19 y pido que me administren la vacuna Moderna, que requiere 2 dosis, con 28 días o más de diferencia, para ser plenamente eficaz. Al igual acepto obtener la segunda dosis. Yo doy consentimiento a la administración de la vacuna por parte de representantes de Legacy Medical Care (LMC). Yo libero y descargo completamente a LMC, a sus afiliados y a sus funcionarios, directores, empleados y personas que actúen en su nombre o en su dirección de cualquier responsabilidad o reclamo relacionado con mi recibimiento o la administración de la vacuna. Autorizo la divulgación de mi información para que se comparta con el registro estatal o federal.

Firma: _____ **Fecha:** _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

<i>Administration Date</i>	<i>Vaccine Manufacturer Moderna COVID-19 Lot #</i>	<i>Vaccine Administrator Signature</i>	<i>Title</i>	<i>Route I M (Circle)</i>	<i>Dose Administered</i>
				R deltoid L deltoid	0.5 mL

New Patient Established Patient Insured: YES NO

Information entered in I-CARE: Initials: _____ Date ____/____/____