



Moderna/Spikevax COVID-19 (2023-2024 Formula) LEGACY MEDICAL CARE
Vacuna contra el SARS-CoV-2 (COVID-19), Moderna/Spikevax (Fórmula 2023-2024)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN

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

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Segundo Nombre:** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Sexo:** Masculino Femenino Otro

Grupo étnico: 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 todas las preguntas que aparecen a continuación.

1. ¿Es menor de 6 meses de edad? SI NO
2. ¿Está actualmente en cuarentena o aislamiento? SI NO
3. ¿Ha recibido la vacuna contra la viruela del mono [Monkeypox] en las últimas 4 semanas? SI NO
4. ¿Tiene antecedentes de COVID-19 positivo en los últimos 3 meses? SI NO
5. ¿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 podría administrarle la vacuna en este momento.

6. ¿Ha recibido alguna vacuna contra Sarampión, Paperas, Rubeola, o Varicela en los últimos 30 días?..... SI NO
7. ¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra el COVID-19? SI NO
 ¿Si es así, Cuándo y qué marca?? _____
8. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes (Aspirina/Warfarina/Coumadin)? SI NO
9. ¿Ha tenido alguna reacción grave a una vacuna/medicamento inyectable (por ejemplo, anafilaxis)? SI NO
10. ¿Es alérgico(a) a alguno de los ingredientes de la vacuna contra el COVID?..... SI NO

NOTA: Por favor, siga protegiéndose y protegiendo a los demás contra el COVID-19 lavándose bien las manos, usando mascarilla, manteniendo una distancia social de al menos 6 pies de los demás, y quedándose en casa cuando esté enfermo(a).

CONSENTIMIENTO: Me han dado y e leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) o Hoja de Información de Vacunas (VIS) para la Vacuna Moderna/Spikevax COVID-19 (Fórmula 2023-2024) y me han respondido mis preguntas sobre la vacuna COVID-19. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna COVID-19 y autorizo que me administren la vacuna. Moderna/Spikevax COVID-19 (Fórmula 2023-2024) puede requiere una serie de dosis para considerarse completamente vacunado. Acepto obtener la serie según lo recomendado por el Departamento de Salud Pública de Illinois IDPH.

Yo autorizo y consiento la administración de la vacuna por representantes de Legacy Medical Care (LMC). Yo libero por completamente a Legacy Medical Care, 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 la administración o mi recibimiento de la vacuna. Doy fe de que soy elegible para recibir la vacuna que solicito según las pautas del Departamento de Salud Pública de Illinois IDPH

Si tiene menos de 18 años, su padre con custodia o tutor legal puede dar su consentimiento en su nombre y firmar este formulario; los menores no pueden dar su consentimiento para la vacunación a menos que estén emancipados por un tribunal, embarazadas, casadas, con padres menores de edad o un "menor que busca atención primaria" con verificación de estado por escrito por parte de un adulto calificado en virtud de la Ley de Consentimiento de Menores de Illinois. Si estoy firmando este documento en nombre de un menor, afirmo que tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para la atención médica del menor.

Yo confirmo que soy elegible para la vacuna que estoy solicitando según las normas de Departamento de Salud Pública de Illinois IDPH.

Firma: _____ **Su relación al menor:** _____ **Fecha:** _____

(Si es menor, el padre o tutor legal debe firmar)

Nombre y apellidos de una persona adicional que está autorizada a llevar al menor a recibir la vacuna COVID-19:

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Su relación al menor:** _____

BELOW FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY:

Route IM:	<input type="radio"/> Left	<input type="radio"/> Deltoid	Administration Dose (Check One):	
	<input type="radio"/> Right	<input type="radio"/> Vastus Lateralis		
Moderna/Spikevax COVID-19 (2023-2024) Lot#:			<input type="radio"/> 6mo-11yr Moderna (2023-2024) 0.25mL/25µg (Green) Vial	
			<input type="radio"/> 12yr + Spikevax (2023-2024) 0.5mL/50µg (Blue) Vial	
			<input type="radio"/> 12yr + Spikevax (2023-2024) 0.5mL/50µg (Blue) Pre -Filled Syringe	
Vaccine Administrator Signature:	Administration Date:	Title:	Immunocompromised:	
			<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

New Patient Established Patient Insured: YES NO

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