



# Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DEL PACIENTE Y CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PARA LA VACUNA COVID-19

Nombre Completo del Paciente (Primero, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género (círculo uno): Masculino / Femenino / Otro \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Número del Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre y número de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación de la persona de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

### ¿Qué dosis está recibiendo hoy?

| COVID-19 Dosis        | Fabricante de vacunas COVID-19 | Si 2 <sup>na</sup> /3 <sup>r</sup> /refuerzo dosis, anote el día y edificio de dosis previo: |
|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 <sup>r</sup> Dosis  | Moderna                        | Fecha de 1 <sup>r</sup> dosis:                                                               |
| 2 <sup>na</sup> Dosis | Pfizer                         | Fecha de 2 <sup>na</sup> dosis:                                                              |
| 3 <sup>r</sup> Dosis  | Johnson & Johnson              | Edificio:                                                                                    |
| Dosis de refuerzo     | Otro:                          |                                                                                              |

### Cuestionario de Detección para la Vacunación (si responde sí, favor de explicar abajo). Favor de circular:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Está enfermo hoy?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sí | No |
| 2. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 2 semanas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sí | No |
| 3. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como tratamiento para COVID-19?                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sí | No |
| 4. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?<br>En caso afirmativo, ¿qué producto vacunar?<br><input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson<br><input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                                                                | Sí | No |
| 5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a una dosis anterior de la vacuna COVID-19 o componentes como polietileno glicol o polisorbato?                                                                                                                                                                                                                  | Sí | No |
| 6. ¿Tiene alergias a los medicamentos, alimentos, látex, o algún componente de una vacuna?                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sí | No |
| 7. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacunación o otro medicamento inyectable?<br>• En caso afirmativo al 7 anterior, ¿fue la reacción alérgica grave después de recibir una vacuna COVID-19?<br>• En caso afirmativo al 7 anterior, ¿fue la reacción alérgica grave después de recibir una vacuna u otro medicamento inyectable? | Sí | No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sí | No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sí | No |



# Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

|                                                                                                                                                                                                                |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 8. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre? | Sí | No |
| 9. ¿Tienes un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante?                                                                                                                                         | Sí | No |
| 10. ¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?                                                                                                                           | Sí | No |
| 11. ¿Tomas cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o has recibido tratamientos de radiación?                                                                                  | Sí | No |
| 12. ¿Ha tenido una convulsión o un problema del cerebro u otra parte del sistema nervioso?                                                                                                                     | Sí | No |
| 13. Durante el año pasado, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado una inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?                                      | Sí | No |
| 14. ¿Tienes rellenos dérmicos?                                                                                                                                                                                 | Sí | No |
| 15. Para las mujeres: ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedarse embarazada durante el próximo mes?                                                                                        | Sí | No |
| 16. Para las mujeres: ¿Está dando pecho?                                                                                                                                                                       | Sí | No |

**Consentimiento y Exención:** Doy mi consentimiento al personal para administrar la vacunación mencionada anteriormente. He revisado la información de la vacuna que se me ha proporcionado y comprendo los beneficios y riesgos de recibir esta vacunación y elijo asumir este riesgo. Libero y descargo completamente a los proveedores de vacunación y a Northern Valley Indian Health, sus afiliaciones y sus oficiales, y a los empleados de cualquier enfermedad, lesión, pérdida o daño que pueda resultar de ello. Asigno el pago de beneficios de seguro autorizados debido a que me paguen a Northern Valley Indian Health. Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica cuando sea necesario para la facturación, el reembolso y el protocolo médico. Entiendo que Northern Valley Indian Health reportará cualquier medicamento vacuna que haya recibido al Sistema de Información de Inmunización (IIS) estatal o federal apropiado, al Sistema de Administración de Vacunas (VAMS) y/u otro registro de vacunas designado. Estoy de acuerdo en esperar cerca del área de vacunación designada por NVIH durante aproximadamente 15-30 minutos para recibir atención en caso de reacción adversa.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Políticas de Privacidad de Northern Valley Indian Health. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona una explicación de las formas en que mi información de salud puede ser utilizada o divulgada y de mis derechos con respecto a mi información de salud.

Paciente/Padre/Tutor legal:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Imprimir el Nombre) (Firma) (Fecha)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



# Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Esta sección SOLAMENTE PARA OFICINA-<br/>To be completed by HEALTHCARE PROFESSIONAL administering vaccine*<br/>*(optional if documented directly into patient's electronic health record).</b>             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |                                       |
| <b>COVID Vaccine dose:</b><br><input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> dose <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> dose <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> dose <input type="checkbox"/> Booster dose |                                                                                                                          | <b>COVID-19 Vaccine Prevaccination Checklist Complete?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                                |                                       |
| <b>Date COVID-19 vaccine administered:</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                                                          | <b>Facility/Location:</b>                                                                                                                                                          |                                       |
| <b>COVID-19 Vaccine Prevaccination Checklist and administration deemed appropriate:</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                                                           |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |                                       |
| <input type="checkbox"/> Moderna<br>18 years and older                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> dose <b>0.5mL</b><br><input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> dose <b>0.5mL</b> | <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> dose for immunocompromised individuals <b>0.5mL</b><br><input type="checkbox"/> Booster dose for <b>18 years</b> and older <b>0.25 mL</b> |                                       |
| <input type="checkbox"/> Pfizer<br>12 years and older                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> dose <b>0.3mL</b><br><input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> dose <b>0.3mL</b> | <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> dose for immunocompromised individuals <b>0.3mL</b><br><input type="checkbox"/> Booster dose for <b>12 years</b> and older <b>0.3mL</b>   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Pfizer: Pediatric (5 to <12 years)                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> dose <b>0.2mL</b>                                                               | <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> dose <b>0.2 mL</b>                                                                                                                        |                                       |
| <input type="checkbox"/> Janssen: 18 years and older                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> dose <b>0.5mL</b>                                                               | <input type="checkbox"/> Booster dose <b>0.5mL</b>                                                                                                                                 |                                       |
| <b>Lot Number:</b>                                                                                                                                                                                            | <b>Expiration:</b>                                                                                                       | <b>Administration time:</b>                                                                                                                                                        | <b>Date of VIS or EUA Fact Sheet:</b> |
| <b>Immunization site:</b>                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Right Deltoid<br><input type="checkbox"/> Left Deltoid                                          | <input type="checkbox"/> Left Thigh (peds)<br><input type="checkbox"/> Right Thigh (peds)                                                                                          |                                       |
| <input type="checkbox"/> Documentation complete in patient's electronic health record                                                                                                                         |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |                                       |

\_\_\_\_\_  
**Signature and Title of Vaccinator**

\_\_\_\_\_  
**Date**

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_



# Northern Valley Indian Health, Inc.

www.nvih.org

## Acuse de recibo del Aviso sobre prácticas de privacidad de NVIH

Por el presente certifico que recibí la información del Aviso prácticas de privacidad De Northern Valley Health (NVIH).

Yo, el paciente/persona Legalmente Autorizada soy capaz de comunicarme eficazmente en español. Por supuesto, esta declaración sería en español.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Para pacientes que no pueden firmar el acuse de recibo

Por el presente certifico que el paciente no puede acusar recibo del Aviso sobre prácticas de privacidad de NVIH porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y cargo del empleado de NVIH

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado de NVIH (Testigo)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ HRN (Historia Clínica N°) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_