

Consentimiento de Administración de Vacunas COVID-19 2020-2021

La vacuna COVID-19 tiene por objetivo reducir el riesgo de que las personas contraigan el SRAS-CoV-2, el virus que causa la enfermedad coronavirus 2019 (COVID-19). Como todos los medicamentos, ninguna vacuna es completamente eficaz, y toma unas semanas después de ser administrada para que el cuerpo construya protección. Algunas personas aún pueden contraer COVID-19 a pesar de estar vacunado, pero la vacunación debe disminuir la gravedad de cualquier infección futura.

La administración de la vacuna COVID-19 ha sido aprobada para su uso en personas de 16 años o mayores, incluyendo personas embarazadas. Tenemos muy poca información sobre la seguridad de la vacuna COVID-19 en personas embarazadas o que están lactando por ahora. La vacuna no puede transmitir la enfermedad COVID-19, y dos dosis probablemente reducirán la probabilidad de que una persona se enferme gravemente o muera a causa de la enfermedad. Todas las personas que reciben la vacuna tendrán que seguir los reglamentos de CDC para reducir la transmisión de COVID-19, como usar una mascarilla cuando sea necesario, mantener el distanciamiento social y lavarse las manos con frecuencia.

Las vacunas pueden causar efectos secundarios. La mayoría de estos son leves y de corto plazo, y no todos tienen efectos secundarios. Revise la información del producto y la hoja informativa proporcionada para obtener más detalles sobre la vacuna y los posibles efectos secundarios. También puede encontrar información adicional en el sitio web de Salud y Servicios Humanos en www.vaccines.gov/diseases/covid. Puede reportar sospechas de efectos secundarios de vacunas y medicamentos en línea por el programa V-Safe de CDC registrándose en www.cdc.gov/vsafe.

He leído, o se me ha explicado, la información sobre la vacuna COVID-19. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y solicito que me administren la vacuna. Además, entiendo que el registro de la administración de vacunas se documentará en mi expediente electrónico de salud de BCH.

Nombre impreso del paciente o persona responsable

Relación con el Paciente:

- Mismo Paciente
- Padre/Tutor
- Otra Persona Responsable

Firma del Paciente o Persona Responsable
