



BNT162B2 es una vacuna desarrollada por Pfizer-BioNTech para prevenir enfermedades causadas por el COVID-19. Esta vacuna ha sido autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados (FDA) para su uso en virtud de una autorización de uso de emergencia (EUA). El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para recibir la vacuna.

Nombre de paciente: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Sexo _____ Raza _____ Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino
Edad: _____ Nombre del Padre/Guardian si menor de 18: _____

*Hasta la fecha, no se ha incluido a las mujeres embarazadas y a las mujeres en periodo de lactancia en ningún ensayo clínico de vacuna contra el COVID, por lo que no se han incluido datos de seguridad específicos de esta población. Si está embarazada, planea quedarse embarazada o está amamantando, es posible que desee hablar con su proveedor de atención antes de recibir la vacuna. --

La seguridad de los cuidadores es nuestra prioridad número uno. Al recibir esta vacuna COVID-19, está de acuerdo con nuestro protocolo de seguridad, que requiere que los cuidadores permanezcan en la zona de vacunación durante al menos 15 minutos después de su vacunación. Este tiempo adicional es para la seguridad del cuidador y permite al equipo de la vacuna controlar a los cuidadores en caso de reacción.

Reconocimiento y Consentimiento para recibir una vacunación

Me ha comunicado lo siguiente:

- La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (también conocida como BNT162b2), que no está aprobada por la FDA en esta población, para la vacunación contra el COVID-19.
- La opción de aceptar o rechazar la vacunación y opciones alternativas.
- Información sobre las vacunas alternativas disponibles y los riesgos y beneficios de esas alternativas.
- En este momento no se conocen los riesgos y beneficios significativos y potenciales de la vacunación, y la medida en que pueden ocurrir.

Me han proporcionado una copia y/o la oportunidad de revisar la hoja informativa de la UEA

- Ficha informativa de la FDA para pacientes/pacientes/cuidador: aquí (<https://www.fda.gov/media/144625/download>)

Me proporcionaron una tarjeta de vacunación con la fecha en que el destinatario necesita volver a la segunda dosis de vacuna de Pfizer-BioNTech COVID-19

Entiendo y estoy de acuerdo en que este formulario de consentimiento y los registros relacionados con mi vacunación se mantendrán en registros designados, incluidos, en su caso, mi historial médico y/o mi historial de salud en el trabajo.

Consiento en la divulgación de mi información a las autoridades sanitarias estatales o federales (por ejemplo, registros estatales de inmunización) con el fin de rastrear las inmunizaciones durante la emergencia de salud pública.

Me proporcionaron información sobre el programa V-SAFE. El programa controla la salud de las personas que reciben la vacuna COVID-19. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>

Por lo tanto, certifico que entiendo la naturaleza de la administración de Pfizer-BioNTech Covid-19 Vacuna los riesgos y beneficios relativos conocidos, las alternativas disponibles, y he recibido información y respuestas a las preguntas. Estoy consintiendo en ser vacunado en el marco de la UEA hasta que haya completado el programa de vacunación de dos dosis, descompense sustancialmente o muestre una reacción adversa significativa a la vacuna, o mis objetivos de atención hayan cambiado. Entiendo que soy libre de retirar el consentimiento y detener el tratamiento antes de la segunda dosis. Entiendo que detener la serie de vacunación no afectará a otras opciones de atención médica y tratamiento.

Nombre imprimido: _____

Firma de Destinatario: _____ Fecha: _____

Firma de Clínico: _____ Fecha: _____