

NOMBRE DEL RECEPTOR

_____, _____
_____/_____/_____

Si corresponde, colocar aquí la etiqueta del paciente

- Nombre y fecha de nacimiento
- Número de Empleado (optativo)_____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN
DE LA VACUNA COVID-19**

Este formulario de consentimiento contiene información importante para ayudarlo a tomar una decisión sobre la vacuna Covid-19. Favor de leer atentamente y despeje con nosotros todas sus dudas antes de firmar.

1. Para que se administre la vacuna Covid-19, usted debe dar su consentimiento informado por escrito mediante la firma de este documento. El objeto de este consentimiento informado es proporcionarle a usted suficiente información para que pueda entender los posibles riesgos y beneficios de recibir la Vacuna Covid-19 y decidir si desea recibir la vacuna Covid-19, y para autorizar al CentraState Medical Center (“CentraState”) a usar y divulgar su información de salud para fines relacionados con revisar la seguridad, eficacia, y uso futuro de la vacuna Covid-19. **TAMBIEN DEBE LEER LA HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL FABRICANTE DE LA VACUNA ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO.**

2. Al firmar este formulario, acepto recibir la vacuna Covid-19, que es una vacuna en investigación, desarrollada para tratar de prevenir el Covid-19. La vacuna Covid-19 ha sido fabricada por varios fabricantes de medicamentos, y la vacuna específica que voy a recibir se describe en la hoja informativa para Pacientes, junto con una discusión sobre la vacuna y sus riesgos.

3. **LA VACUNA COVID-19 se considera de investigación** porque todavía se está estudiando. Existe poca información sobre la seguridad o eficacia del uso de la vacuna Covid-19 para tratar personas con Covid-19. Al firmar este consentimiento para recibir la vacuna Covid-19, comprendo que puede haber efectos secundarios, tanto a corto como a largo plazo, y que algunos no se conocen en este momento. La vacuna Covid-19 NO ha sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (“FDA,” por sus iniciales en inglés) en este momento. La FDA SÓLO ha autorizado el uso de la vacuna Covid-19 bajo autorización de uso de emergencia (“EUA,” por sus iniciales en inglés).

4. La razón por la que estoy recibiendo la vacuna Covid-19 es para tratar de prevenir la infección con el coronavirus (el virus que causa Covid-19). Sin embargo, es posible que nunca me infecte o desarrolle síntomas, o transmitir el virus, incluso si no recibo la vacuna Covid-19. La mayoría de las personas infectadas con COVID-19 tendrán enfermedad respiratoria leve o moderada y se recuperarán sin necesidad de tratamiento especial. Algunas personas tendrán enfermedades graves, incluso resultando en la muerte. Personas con afecciones crónicas, por ejemplo, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares y diabetes, parecen tener un mayor riesgo de problemas con Covid-19.

5. **La vacuna puede requerir dos dosis para ser eficaz.** Por lo tanto, estoy de acuerdo en que (i) volveré para la segunda dosis si quiero que sea eficaz, (ii) informaré a CentraState antes de recibir la segunda dosis si he tenido algún problema con o desde la primera dosis, y (iii) este formulario de consentimiento se aplicará y estará en efecto para ambas dosis.

6. Algunas personas no deben recibir la vacuna Covid-19 como se describe en la hoja informativa adjunta para pacientes del fabricante de la vacuna.

7. Hay **RIESGOS POTENCIALES** de la vacuna Covid-19, entre ellos:

- Los efectos secundarios de recibir cualquier inyección pueden incluir dolor breve, sangrado, hematomas de la piel, dolor o hinchazón en el lugar de la inyección.
- Usted puede desarrollar una reacción alérgica de la vacuna Covid-19, ya sea durante o después de su inyección de la vacuna Covid-19. Informe a su médico de inmediato si tiene alguno de estos síntomas de reacciones alérgicas: fiebre, escalofríos, náuseas, dolor de cabeza, falta de aliento, presión arterial baja, jadeos, hinchazón de los labios, la cara o la garganta, erupción cutánea incluso urticaria, picazón, dolores musculares, mareos, reacción anafiláctica e incluso la muerte.
- **Puede haber otros efectos secundarios graves e inesperados y riesgos que no se conocen en este momento**, ya que pocas personas han recibido la vacuna Covid-19. Estos podrían ser tan graves como la parálisis y la muerte. Lea la Hoja informativa del paciente para obtener una descripción de los riesgos que se conocen en este momento.

8. Antes de aceptar recibir la vacuna Covid-19, usted comprende que la alternativa es no recibir la vacuna Covid-19, y que es posible que nunca la necesite.

9. Aunque el fabricante de la vacuna cree que la vacuna Covid-19 puede reducir su capacidad para infectar a otros, esto no es una garantía. Por lo tanto, para proteger a otras personas si tienes síntomas o ha sido expuesto a Covid-19, todavía debe tomar precauciones para prevenir la infección de otros, incluyendo el aislamiento, usando una máscara, distanciamiento social, evitar el compartimiento de artículos personales, limpiar superficies que se tocan frecuentemente, y lavarse las manos.

10. **COSTOS DEL TRATAMIENTO.** Para los pacientes, la vacuna Covid-19 que recibe hoy será gratuita. Sin embargo, CentraState puede cobrar una tarifa de administración y presentarla a la compañía aseguradora del paciente (o, para los pacientes que no tienen seguro, al Fondo de Ayuda de la Administración de Recursos y Servicios de Salud para reembolso). A usted no se le cobrará un copago o deducible. Sin embargo, usted y/o su plan de salud son responsables del pago de los costos asociados con cualquier tratamiento futuro, así como los costos relacionado con cualquier efecto secundario que pueda experimentar como resultado de la vacuna Covid-19. Empleados y miembros del personal médico de CentraState recibirán la vacuna sin costo alguno en conformidad con sus funciones y responsabilidades en CentraState.

11. **LA PARTICIPACION ES VOLUNTARIA.** Recibir esta vacuna Covid-19 es voluntaria. Usted puede optar no recibir la vacuna. Si decide no recibir la vacuna Covid-19, no tendrá ningún efecto en ningún servicio o tratamiento que esté recibiendo actualmente de su médico.

12. **CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS.** Sus registros pueden ser compartidos con el fabricante de la Vacuna Covid-19 o con algún órgano reglamentario, o para fines de evaluar la seguridad y/o la eficacia de la vacuna Covid-19, o si es necesario reportar eventos adversos relacionados con la vacuna Covid-19.

13. **EXONERACION DE RESPONSABILIDAD.** Comprendo que la FDA sólo ha autorizado el uso de la vacuna Covid-19 bajo autorización de uso de emergencia. Esto significa que la vacuna Covid-19 no se ha sometido al mismo tipo de revisión como un producto aprobado o autorizado por la FDA en condiciones normales. En consideración del acuerdo de CentraState para administrar la vacuna Covid-19, **POR ESTE MEDIO, ACEPTO EXONERAR A CENTRASTATE, y a cualquiera de sus empleados, agentes, y representantes (“Exonerados”) DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON O EN CONEXION CON LA ADMINISTRACION DE LA VACUNA COVID-19,** sin tener en cuenta las razones por las que pueda desear presentar una demanda contra algún Exonerado, e incluso si algún Exonerado fue negligente o descuidado con respecto a la administración de la vacuna Covid-19. Esto significa que no presentare ninguna demanda contra ningún Exonerado relacionada con la administración de la vacuna Covid-19, incluso cualquier efecto secundario futuro. Comprendo que las demandas relacionadas con la vacuna Covid-19 pueden ser excluidas bajo la ley federal.

Comprendo que (i) esta Exoneración aplica a los eventos que ocurren después de la firma de este documento, y que la forma exacta de cualquier lesión o pérdida que se pueda reclamar quizás no sea totalmente previsible; (ii) los

términos de esta Exoneración tienen el efecto de renunciar ciertos derechos; y (iii) si cualquier parte de esta Exoneración se determina inválida o inaplicable, tal parte será considerada como separada y no afectará el restante de la Exoneración, la cual se continuará en plena fuerza y efecto legal.

14. Cualquier disputa será regido por las leyes del Estado de Nueva Jersey.

Acepto y reconozco lo anterior, y deseo recibir la vacuna Covid-19.

- HE LEIDO DETENIDAMENTE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y LA HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES, Y TODAS LAS DUDAS QUE TENGO ACERCA DE SEGUIR ADELANTE CON LA VACUNA COVID-19 HAN SIDO DESPEJADAS SATISFACTORIAMENTE.
- RECONOZCO QUE HE TENIDO TIEMPO PARA CONSIDERAR TENER ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y ESTOY TOMANDO LA DECISION VOLUNTARIA PARA MI BENEFICIO PARA PROCEDER CON LA VACUNA COVID-19.

Nombre del Paciente/Tutor/Representante

Nombre del Testigo

Firma

Firma

Fecha/Hora

Fecha/Hora

Relación al paciente (si ha firmado otra
persona que no sea el Paciente)

Covid-19 Vaccine Administrator _____ Date: _____

IM R _____ L _____ Deltoid Lot # _____ Exp Date: _____

Certified Translator Used: IF PATIENT'S PREFERRED LANGUAGE IS NOT ENGLISH, A CERTIFIED TRANSLATOR IS TO BE USED.

HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES

(ver adjunto del fabricante de la vacuna)