



DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARIA AUXILIAR SALUD FAMILIAR, SERVICIOS INTEGRADOS Y PROMOCION DE LA SALUD
PROGRAMA DE VACUNACION
CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Núm. de PIN (Proveedor):

Nombre de Facilidad: _____

Instrucciones: escriba en letra de molde y complete en todas sus partes

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Personal Information)

Nombre: _____ 2do. Nombre: _____
 Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____
 País de nacimiento: _____
 Seguro Social: -- Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ meses/años
mes día año

Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra raza	Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	--	--	---

Persona responsable del paciente incluyendo menores de 21 años

Nombre: _____
 Apellidos: _____
 Relación: _____
 Tel : (____)-____-____
 Primer nombre de madre: _____

Dirección: Urb. o Barrio _____
 Calle: _____ Número: _____
 Pueblo: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: () _____ - _____
 Correo Electrónico: _____

ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE (Funding Programs / Eligibilities)

Paciente sin Plan Paciente Medicaid (Reforma) Paciente con Plan Privado (nombre aseguradora) _____
 Paciente Plan No cubre Vacuna

CLASIFICACION DEL PACIENTE (Patient Classification by Risk Groups)

Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comments" del PRIR la(s) seleccionada(s)

Embarazada (Pregnant Woman)
 Personas que viven o cuidan a niños < 6 meses (People who live with or care for children < 6 months)
 Empleado de la Salud (Healthcare Workers) (Trabaja con pacientes)
 Personal de Servicios de Emergencias (Health Care and Emergency Services Personnel): ___Policía Estatal (State Policemen) ___Policía Municipal (Municipality Policemen) ___Bomberos (Firemen) ___OMME/AEMEAD
 Empleado Centro Geriátrico (Elderly Home Participants)
 Participante Medicare parte B (Medicare part B participants)
 Reacción alérgica severa (anafilaxia) a cualquier vacuna o terapia inyectable.

ENFERMEDADES CRÓNICAS (Chronic Diseases)

Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comment" del PRIR la(s) seleccionada(s)

<input type="checkbox"/> 001- Respiratoria Crónica (Ej. COPD, Asma)	<input type="checkbox"/> 002-Metabólica (Ej. Diabetes)	<input type="checkbox"/> 003-Cardiovasculares (Ej. Fallo Cardíaco, Infarto)
<input type="checkbox"/> 004- Inmunosuprimido (Ej. Cáncer, HIV)	<input type="checkbox"/> 005- Hepática (Ej. Cirrosis, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> 006-Hematológica (Ej. Lupus, Hemofilia, Anemia)
<input type="checkbox"/> 007- Neurológicas (Ej. Epilepsia, Parkinson)	<input type="checkbox"/> 008- Neuromuscular (Ej. Distrofia, Daño a cordón espinal o condición que afecte el manejo de secreciones)	<input type="checkbox"/> 009-Enf. Renal Crónica (Ej. Paciente Diálisis)

VACUNAS

INFLUENZA 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

COVID-19 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

NEUMOCOCO (PCV23)

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

HEPATITIS A 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

HEPATITIS B 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

3^{RA} DOSIS

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

Td/Tdap

Núm. De Lote: _____

Nombre Comercial

De la Vacuna: _____

Fecha Administración: _____
Mes día año

Fecha Expiración : _____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
 Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
 Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

Consentimiento

X Al firmar certifico que he sido orientado(a) sobre la Ley HIPAA, he recibido copia de la hoja de Información de la vacuna (VIS), he leído la información de la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy satisfecho(a) con las respuestas a mis preguntas, he entendido los beneficios y riesgos de la vacuna. Autorizo la administración de la vacuna.

Acepto

Rehúso a vacunarme

 Firma del paciente o Encargado

 Fecha

 Nombre en letra de Molde de MD / RN – Administra Vacuna

 Firma de MD / RN – Administra Vacuna

 Fecha

 Número de Licencia Profesional

Rev.12/2020

Nombre (Persona entrada de datos): _____

Fecha: _____

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy.

Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse. Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre del paciente _____

Edad _____

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otro producto _____ 			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia. <input type="radio"/> Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos. Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19. Una vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál provocó la reacción inmediata. 			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			
12. ¿Tiene materiales de relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>)?			

Formulario revisado por _____

Fecha _____

Documento de Autorización, Conocimiento y Entendimiento

La **ASOCIACION HOSPITAL DEL MAESTRO, INC.**, una corporación sin fines de lucro, debidamente organizada de acuerdo a la Ley General de Corporaciones y las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico según enmendadas, en adelante denominado como "LA PRIMERA PARTE" o como el "Hospital" y el abajo firmante, mayor de edad, con plena capacidad para consentir, adelante denominada como "LA SEGUNDA PARTE", suscriben este Relevo de Responsabilidad (el Relevo) de mutuo acuerdo.

Recientemente el Hospital ha sido contactado por el Departamento de Salud de Puerto Rico para la distribución de Las Vacunas (en adelante Las Vacunas o La Vacuna) contra el contra el SARS-CoV-2 (COVID-19) desarrolladas por Pfizer y Moderna (las Compañías). LA SEGUNDA PARTE **es empleado(a) del Hospital** y es candidato(a) recibir una Vacuna según las guías establecidas por el CDC y el Departamento de Salud de Puerto Rico. El Hospital no está obligando ni exigiendo que sus empleados(as) reciban La Vacuna como condición de empleo ni de continuidad de trabajo. El Hospital no ha participado en el desarrollo de Las Vacunas y no tiene grado de control alguno sobre los efectos de las mismas. En atención a que el Hospital no tiene grado de control alguno sobre los métodos y los materiales que las Compañías emplearon en la manufactura de Las Vacunas, LA SEGUNDA PARTE acepta voluntariamente cumplir con lo siguiente:

1. Asunción de riesgo. El Hospital no tiene grado de control alguno sobre los efectos de Las Vacunas. El Hospital no ha pasado juicio sobre Las Vacunas de ninguna de las Compañías ni sobre los grados de efectividad o efectos secundarios de Las Vacunas. El Hospital ha descansado en la buena fe y en las recomendaciones del CDC y del Departamento de Salud. **Por lo tanto, LA SEGUNDA PARTE entiende y comprende que el Hospital no está garantizado resultado alguno con el proceso de vacunación. El Hospital solo se encargará de la administración de Las Vacunas.** El programa a cargo de esta vacuna es el *Vaccine Injury Compensation Program*.

2. Exoneración. En atención al conocimiento y aceptación de los riesgos enumerados en la sección 1, LA SEGUNDA PARTE exime a LA PRIMERA PARTE, incluyendo a todas sus afiliadas, concesionarios, accionistas, oficiales, ejecutivos, agentes, empleados, representantes y auspiciadores (en adelante denominados colectivamente como los "Exonerados"), de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones, demandas o acciones o causas de acción que surjan de cualquier daño, pérdida, daño físico, enfermedad, o hasta mi muerte, incluyendo cualquier sufrimiento y/o angustia mental, que me pueda ocurrir a razón de cualquiera actividad cubierta por este Relevo, ya sea como resultado de la negligencia y/o por la acción u omisión de cualquiera de los Exonerados, o por cualquier otra causa. Esta exoneración se extiende a los herederos conocidos o desconocidos de LA SEGUNDA PARTE, los cuales no tendrán ninguna causa de acción contra los Exonerados.

3. Indemnización. LA SEGUNDA PARTE mantendrá indemne y liberará de responsabilidad a los Exonerados de cualquier y toda pérdida, reclamación, acción o procedimiento de cualquier tipo y carácter, incluyendo las costas, gastos y honorarios de abogados, que puedan ser presentados o iniciados por su persona y/o por otras personas a nombre de LA SEGUNDA PARTE y que se originan directa o indirectamente por cualquiera actividad cubierta por este Relevo, ya sea como resultado de la negligencia y/o por la acción u omisión, de cualquiera de los Exonerados o por cualquier otra causa.

4. Validez. LA SEGUNDA PARTE entiende y acepta que, si LA SEGUNDA PARTE o cualquier otra persona a su nombre entabla cualquier demanda o acción legal o cualquier reclamación por daños o causa de acción contra cualquiera de los Exonerados debido a cualquier daño a su persona, o su muerte, a causa de las

PÁGINA 1:

Iniciales: _____

Documento de Autorización, Conocimiento y Entendimiento

actividades cubiertas por el presente Relevo, este documento de Relevo puede y va a ser utilizado como prueba admisible en los tribunales.

5. **Renuncia.** LA SEGUNDA PARTE se compromete a no entablar demanda o causa de acción disponible en derecho contra cualquiera de los Exonerados. LA SEGUNDA PARTE se compromete a no iniciar o asistir en el procesamiento de cualquier causa de acción por daños o muerte que pueda surgir a causa de cualquiera actividad cubierta por este Relevo, ya sean causadas por negligencia y/o cualquier otra culpa, por acción u omisión, de cualquiera de los Exonerados, o por cualquier otra causa. LA SEGUNDA PARTE se compromete además, que sus sucesores, albaceas, administradores, representantes y/o cualquier otra persona reclamando a su nombre, no podrán presentar ninguna demanda o acción legal contra cualquiera de los Exonerados, ni deberán iniciar o ayudar al procesamiento de cualquier reclamación por daños o causa de acción que LA SEGUNDA PARTE, sus sucesores, albaceas, administradores, representantes y/o cualquier otra persona reclamando a su nombre, pueda tener a causa de daños a su persona, o su muerte, resultantes de cualquier actividad cubierta por este Relevo, ya sea por la negligencia, o ya sea por acción u omisión, de cualquiera de los Exonerados, o por cualquier otra causa. Por el presente Relevo LA SEGUNDA PARTE les instruye a sus herederos, ejecutores, administradores, representantes personales y/o cualquier otra persona reclamando en su nombre sobre la renuncia antes descrita. En caso de que se entable cualquier demanda, reclamación o acción legal contra cualquiera de los Exonerados, LA SEGUNDA PARTE está de acuerdo que tales Exonerados tendrán derecho a recuperar los honorarios de abogado y costos incurridos en la defensa de dicha demanda, reclamación o acción, incluyendo cualquier recurso de apelación relacionado. En caso de que parte de esta sección o cualquier parte de este Relevo sea declarado inválida, cualquier procedimiento legal deberá estar sujeto a los términos de la próxima sección.

6. **Selección de Foro.** La validez, interpretación y ejecución de este Relevo estará sujeta a las leyes, reglamentos y jurisprudencia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y a la legislación y reglamentación federal aplicable. Cualquier controversia o causa de acción que surja relacionada con este Relevo o por parte de este, que requiera intervención judicial, sin renunciar a la sección anterior, podrá ser solo incoada en los tribunales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Tribunal de Primera Instancia, Sala de San Juan.

7. **Separabilidad.** Si cualquier parte de este Relevo fuera declarada inválida o nula por un Tribunal y/o persona o entidad con poder y jurisdicción, tal declaración no afectará, menoscabará o invalidará las restantes cláusulas del Relevo. Su efecto se limitará a la cláusula o parte de la cláusula en particular que se declare inconstitucional, ilegal, nula o inválida por autoridad con poder y jurisdicción.

LA SEGUNDA PARTE entiende y ha leído este Relevo y manifiesta estar bien enterada de su contenido, y por tal razón, lo acepta y queda obligada al mismo.

Aceptado por:

Nombre letra de molde

Firma

Fecha