

# Clínicas de Vacunación Gratuitas



La Corporación Escolar de South Bend y Healthline ofrecerán vacunas gratuitas Pfizer COVID-19 en cada una de las cinco escuelas secundarias públicas de SBCSC durante el mes de octubre.

	Ronda 1	Ronda 2
✓ Adams High School	Octubre 5	Octubre 26
Clay High School	Octubre 13	Noviembre 3
Riley High School	Octubre 12	Noviembre 4
Washington High School	Octubre 7	Octubre 28

Horarios: 11 a.m. – 1 p.m. and 4 – 6 p.m.

✓ Rise Up Academy	Octubre 27	Noviembre 17
-------------------	------------	--------------

Horarios: 10 a.m. – Mediodía

Los estudiantes menores de 18 años deben traer un formulario de consentimiento firmado para recibir una vacuna. El formulario de consentimiento está al dorso y disponible en cada escuela. Los familiares de los estudiantes también son bienvenidos.

Por favor marque:

¿Se siente enfermo hoy?	Si	No	No Se
¿Ah recibido anteriormente alguna dosis de la vacuna para el COVID19?	Si	No	No Se
¿Cuál vacuna se le aplico?	Comirnaty (Pfizer)	Moderna	J & J
¿Alguna vez ha tenido una severa reacción alérgica a algo (v.gr., anafilaxia)? Por ejemplo, una reacción alérgica por la cual tuvo que ser tratado con epinefrina o EpiPen, ¿oh por la cual tuvo que ser hospitalizado?	Si	No	No Se
¿Cuándo usted experimento esa severa reacción alérgica?	Después de recibir la vacuna de COVID 19 Después de recibir alguna vacuna o medicina inyectable No Se		
¿Ah recibido en los últimos 90 días terapia pasiva anticuerpo (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como un tratamiento para COVID 19?	Si	No	No Se
¿En los pasados 14 días a resultado positivo en las pruebas del COVID-19 o un doctor le ha dicho que tiene COVID-19?	Si	No	No Se
¿Tiene usted un sistema inmunológico débil por algún padecimiento preexistente como infección de VIH, cáncer, por terapias o toma medicamentos inmunosupresores?	Si	No	No Se
¿Tiene usted trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes?	Si	No	No Se
¿Está usted embarazada o amamantando?	Si	No	No Se
¿Tiene rellenos dérmicos?	Si	No	No Se
Fecha de examinación de la vacuna COVID 19:			

## Autorización del paciente para recibir la vacuna COVID-19

### Información básica de la Vacuna:

Hay más de una opción de vacuna contra el SARS COVID-19. La vacuna de SARS COVID 19 es una inyección intramuscular que es administrada a un ángulo de 90 grados de la piel preferentemente el músculo deltoideo de la parte superior del brazo. Algunos riesgos leves son asociados con la vacuna como fiebre, dolor en el área de la inyección, dolor de cabeza, dolores musculares y fatiga, un porcentaje bajo de personas podrían aun ser vulnerables después de recibir la vacuna. Se le pedirá que espere 15-30 minutos después de recibir la inyección, dependiendo de lo que le recomiende la persona que le administre la vacuna. Si se requieren o recomiendan dosis múltiples, debe recibir las dosis posteriores lo más cerca posible del tiempo recomendado. De lo contrario, es posible que no obtenga la protección completa de la vacuna. Actualmente, estas vacunas están disponibles bajo una autorización de uso de emergencia (EUA) emitida por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA). Revise la hoja de datos de la vacuna que está recibiendo.

J&J - <https://www.fda.gov/media/146304/download>.

Moderna - <https://www.fda.gov/media/144638/download>

Comirnaty - <https://www.fda.gov/media/144414/download>

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo, el abajo firmante, certifico que soy mayor de edad, cumplo con los criterios del programa de vacuna COVID-19 del estado de Indiana o del Centro de Salud, para recibir una vacuna COVID-19, he sido informado sobre el propósito, el procedimiento y los riesgos de la vacuna, y he elegido recibirla. Entiendo que esta vacuna puede estar sujeta a ser reportada a un intercambio de información médica o un registro de inmunizaciones, quienes pueden compartir mi información de vacunación con otros y con mis proveedores de atención médica, con fines de tratamiento o según lo permita la ley. He tenido la oportunidad de que me respondan todas mis preguntas antes de recibir la vacuna. Doy mi consentimiento y acepto voluntariamente recibir la vacuna contra COVID-19.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor (si es menor de edad): \_\_\_\_\_



1-888-580-1060 | [healthlinccc.org](http://healthlinccc.org)

EAST CHICAGO KNOX LA PORTE MICHIGAN CITY MISHAWAKA SOUTH BEND VALPARAISO

Este centro de salud recibe fondos del HHS y tiene el estatus de estado del Servicio Federal de Salud Pública (PHS) con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos.