



Northern Inyo Healthcare District
150 Pioneer Lane
Bishop, California 93514

Patient Last Name: _____

Moderna Consentimiento para recibir la vacuna de MODERNA en contra de COVID-19 y
Consentimiento para divulgación de información a CAIRS

Nombre del paciente (letra legible): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: Calle o Apartado Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Raza, seleccione más de una si es necesario:

- Indígena Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico
- Negro o Afroamericano
- Blanco
- Otra Raza

Grupo étnico:

- Ni Hispano, ni Latino
- Hispano o Latino

He revisado la información para la utilización de emergencia de la vacuna de Moderna en contra de COVID-19 para prevenir la enfermedad de Coronavirus 2019 (Covid-19) en personas de 18 años de edad en adelante “Emergency Use Authorization (EUA) of the Moderna Covid-19 Vaccine to Prevent Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) y el documento de CDC pre-vacunación para la vacuna de Moderna “CDC Pre-Vaccination form for Moderna Vaccine.”

Voluntariamente estoy recibiendo esta vacuna. Entiendo que la vacuna en contra de COVID-19 podría no ser efectiva en todas las personas.

Entiendo que esta vacuna requiere dos dosis. Hoy, voy a recibir la primera dosis y la segunda dosis en 28 días. Mi cita para la segunda dosis fue programada cuando hice la cita de hoy.

Entiendo que la vacuna en contra de COVID-19 de Moderna no contiene (el virus) SARS-CoV-2 y no puede enfermarme de COVID-19.

He revisado la información del Registro de Vacunación en California “California Immunization Registry (CAIRs)” y estoy autorizando que mi información de vacunación en contra de COVID-19 se comparta con el registro.

Iniciales _____

He tenido la oportunidad de hacerle mis preguntas y las ha contestado un profesional de atención médica.



Northern Inyo Healthcare District
 150 Pioneer Lane
 Bishop, California 93514

Patient Last Name: _____

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para recibir la vacuna de Moderna en contra de COVID-19.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(paciente)

Declaración de Antidiscriminación

Northern Inyo Healthcare District cumple con las leyes federales de derechos civiles que le competen y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Moderna COVID 19 information

Lot number: ___ 025J20-2A _____ Expiration Date: 02/25/2021

Site of Administration (circle) _____ R deltoid ___ L deltoid other:

Signature of vaccine administrator: _____

Entered into CAIR: Date: _____ Time _____

Entered by: _____

Staff use only - - - - - For Limited English Proficiency Patients only:

Interpreter name or ID# _____ Staff Phone Video

If you do not use an approved interpreter, please list the reason:



Northern Inyo Healthcare District
150 Pioneer Lane
Bishop, California 93514

Patient Last Name: _____

2nd Moderna COVID 19 Vaccine Documentation-28 days later

Date Administered: _____

Lot number: _____ Expiration Date: _____

Site of Administration (circle) ___ R deltoid ___ L deltoid other:

Signature of vaccine administrator: _____

Entered into CAIR: Date: _____ Time _____

Entered by: _____

¿Han cambiado las repuestas de las preguntas en el consentimiento inicial?

_____ Sí _____ No

Si contestó sí, por favor explique _____

Voluntariamente estoy recibiendo la 2^{da} dosis de la vacuna.

Firma del paciente _____ Fecha _____