



Northern Inyo Healthcare District  
150 Pioneer Lane  
Bishop, California 93514

Last Name: \_\_\_\_\_

**Pfizer-BioNtech** Consentimiento para recibir la vacuna en contra de COVID-19 y  
Consentimiento para divulgación de información a CAIRS

Nombre del paciente (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 de aprobación para la utilización de emergencia de la vacuna en contra de COVID-19 de Pfizer-BioNtech para prevenir la enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19) en personas de 16 años de edad en adelante "Emergency Use Authorization (EUA) of the Pfizer-BioNtech Covid-19 Vaccine to Prevent Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in Individuals 16 Years of Age and Older" y el documento de CDC pre-vacunación para la vacuna de Pfizer-BioNtech "CDC Pre-Vaccination form for Pfizer BioNtech Vaccine."

Voluntariamente estoy recibiendo esta vacuna. Entiendo que la vacuna en contra de COVID-19 de Pfizer-BioNTech 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 21 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 Pfizer-BioNTech 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 \_\_\_\_\_



Northern Inyo Healthcare District  
150 Pioneer Lane  
Bishop, California 93514

Last Name: \_\_\_\_\_

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

Al firmar este formulario doy mi consentimiento para recibir la vacuna de Pfizer-BioNtech 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.

Pfizer BioNtech COVID 19 information

Lot number: \_\_\_\_\_ EJ1685 \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_ 03/2021 \_\_\_\_\_

Site of Administration (circle) \_\_\_\_\_ R deltoid \_\_\_\_\_ L deltoid other:  
\_\_\_\_\_

Entered into CAIR: Date: \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

**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

Last Name: \_\_\_\_\_

**2<sup>nd</sup> Pfizer/BioNtech COVID 19 Vaccine Documentation-21 days later**

Date Administered: \_\_\_\_\_

Lot number: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_

Site of Administration (circle) \_\_\_\_\_ R deltoid \_\_\_\_\_ L deltoid other:  
\_\_\_\_\_

Entered into CAIR: Date: \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Signature of person giving vaccine: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si contestó sí, por favor explique \_\_\_\_\_

Voluntariamente estoy recibiendo la 2<sup>da</sup> dosis de la vacuna.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_