



**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: _____ **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: _____

2nd 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^{da} dosis de la vacuna.

Firma del paciente _____ Fecha _____