



PFIZER-BIONTECH COVID-19 MODERNA COVID-19 VAXZEVRIA COVID-19 JANSSEN

Nombre y Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ lugar de nacimiento _____

Residencia _____ teléfono _____

Cédula sanitaria (si disponible) n° _____

He leído, me ha sido explicado en un idioma conocido y he entendido por completo la Nota Informativa redactada por la Agencia Italiana del Farmaco (AIFA) de la vacuna antes dicha.

Le he referido al médico las patologías, actuales o pasadas, y las terapias actualmente en ejecución.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas concernientes la vacuna y a mi estado de salud obteniendo respuestas exhaustivas y bien entendidas por mí.

He sido informado correctamente con palabras a mi claras. He entendido los beneficios y riesgos de la vacuna, las modalidades y alternativas terapéuticas, además de las consecuencias de un eventual rechazo o de una renuncia al completamiento de la vacunación con la segunda dosis donde de prevea.

Estoy consciente de que si debiese verificarse un efecto colateral cualquiera será mi responsabilidad informar inmediatamente a mi médico curante y a seguir sus indicaciones.

Acepto permanecer en la sala de espera por un tiempo de por lo menos 15 minutos tras haber recibido la administración de la vacuna para asegurarme de que no se verifiquen reacciones adversas inmediatas.

DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO la administración de la vacuna a través de la vacuna anteriormente indicada

Lugar y fecha _____

Firma de la persona que recibe la vacuna o de su representante legal _____

RECHAZO la administración de la vacuna antes indicada

Lugar y Fecha _____

Firma de la persona que rechaza la vacuna o de su representante legal _____

PERSONAL SANITARIO QUE HA EFECTUADO LA VACUNACIÓN

1.Nombre y Apellido _____

Función _____

Confirmando que la persona a vacunar ha expresado su consentimiento a la vacuna tras haber sido adecuadamente informado.

Firma _____

La presencia del segundo profesional sanitario no es indispensable en caso de vacunación en ambulatorio u otro contexto en donde opere un solo médico, en el domicilio de la persona vacunada o en estado de criticidad logística u de organización

ANEXADO 2 AL MODULO DE CONSENTIMIENTO ANTI-COVID-19
0012469-28/03/2021-DGPRES-DGPRES-P-Anexo Usuario 3 (A 03)

FICHA ANAMNESTICA

Para llenar por parte del vacunado y examinar nuevamente junto a profesionales sanitarios encargados de la vacunación.

Nombre y Apellido	Teléfono		
ANAMNESIS	SI	NO	NO SE
¿Sufre ud. actualmente de alguna enfermedad?			
¿Tiene usted fiebre?			
¿Sufre de alergias al látex, alimentos, medicinas o algún componente de la vacuna? Especifique _____			
¿Alguna vez ha tenido alguna reacción grave tras recibir una vacuna?			
¿Sufre de enfermedades cardíacas o pulmonares, asma, enfermedades renales, diabetes, anemia u otras enfermedades sanguíneas?			
¿Se halla en una condición de compromiso del sistema inmunitario? (Ej: Cáncer, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trasplante)?			
En los últimos 3 meses, ha asumido medicinas ¿Ha asumido medicinas que debilitan el sistema inmunitario? (Ej: cortisona, prednisona u otros esteroide) o antitumorales, o ha sido sometido a radiaciones?			
Durante el año pasado, ¿ha recibido transfusiones de sangre o productos hemáticos, o le han sido suministradas inmunoglobulinas (gama) o medicinas antivirales?			
¿Ha tenido ataques de convulsión o algún problema al cerebro o al sistema nervioso?			
¿Ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas? Si es SI cuéales _____			
Para Mujeres: ¿está ud. embarazada o está pensando en quedar embarazada en el mes siguiente a la primera o segunda administración?			
¿Está usted amamantando?			

Especifique a continuación las medicinas, y en particular las medicinas anticoagulantes, además de integradores naturales, vitaminas, minerales o eventuales medicinas alternativas que está asumiendo

ANAMNESIS COVID RELACIONADA	SI	NO	NO SE
En el último mes ¿Ha estado en contacto con una persona contagiada por Sars-CoV2 o afectada por COVID-19?			
MANIFIESTA UNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS:			
• ¿Tos/Resfriado/fiebre/dispnea o síntomas similares a gripe?			
• ¿Dolor de garganta/pérdida del olfato o del gusto?			
• ¿Dolor abdominal/diarrea?			
• ¿Moretones anormales o sangrado/ojos sonrojados?			
• ¿Ha efectuado algún viaje internacional durante el último mes?			
TEST COVID-19:			
• Ningún test COVID-19 reciente			
• Test COVID-19 negativo (Fecha _____)			
• Test COVID-19 positivo (Fecha _____)			
• En espera del test COVID-19 (Fecha _____)			

Refiera eventuales patologías o noticias sobre vuestro estado de salud

Lugar y Fecha _____

Firma del Vacunado o de su Representante Legal _____