



Instrucciones para la Vacunación COVID-19 en RAHC:

Información Importante:

- A continuación, se muestra una hoja informativa para los receptores de la vacuna Moderna COVID-19 para prevenir la enfermedad de la corona virus 2019. Por favor revise esta información antes de su cita. Una vez que se envíe su documentación, recibirá una copia de esta información por correo electrónico y también está disponible en nuestro sitio web.
- Las vacunas COVID-19 requiere dos dosis. A usted se le programara recibir la segunda dosis **28 días** después de su primera visita.
- Si se siente mal la mañana de su cita, por favor llame con anticipación para reprogramas su cita.

Llegada/Visita:

- Por favor llegue 5 minutos antes de su cita.
- Tenga con usted una identificación con foto y su tarjeta de seguro médico.
- Se le pedirá que complete un formulario de detección de vacunación COVID-19.
- Habrá un periodo de observación de 15-30 minutos después de que se le administre la dosis.



HOJA INFORMATIVA PARA RECEPTORES Y CUIDADORES AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS DE 2019 (COVID-19) EN PERSONAS DE 18 AÑOS EN ADELANTE

Se le ofrece la vacuna contra la COVID-19 de Moderna para prevenir la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2. Esta hoja informativa contiene información para ayudarle a comprender los riesgos y beneficios de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna, que usted puede recibir debido a la actual pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna y podría prevenir el contagio de COVID-19. No existe ninguna vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. para prevenir la COVID-19.

Lea esta hoja informativa para obtener información sobre la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. Hable con el proveedor de vacunación si tiene alguna pregunta. Recibir la vacuna contra la COVID-19 de Moderna es decisión suya.

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna se administra en una serie de 2 dosis, con 1 mes de diferencia, en el músculo.

Es posible que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna no proteja a todas las personas.

Esta hoja informativa puede haberse actualizado. Para obtener la hoja informativa más reciente, visite www.modernatx.com/covid19vaccine-eua.

QUÉ NECESITA SABER ANTES DE RECIBIR ESTA VACUNA

¿QUÉ ES LA COVID-19?

La COVID-19 es causada por un coronavirus denominado SARS-CoV-2. Este tipo de coronavirus no se ha observado anteriormente. Puede contraer COVID-19 a través del contacto con otra persona que tenga el virus. Es predominantemente una enfermedad respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con COVID-19 han notificado una amplia variedad de síntomas, desde síntomas leves hasta enfermedad grave. Los síntomas pueden aparecer entre 2 y 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida nueva del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea.

¿QUÉ ES LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna no aprobada que puede prevenir la COVID-19. No existe ninguna vacuna aprobada por la FDA para prevenir la COVID-19.

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna para prevenir la COVID-19 en personas de 18 años en adelante en virtud de una autorización de uso de emergencia (emergency use authorization, EUA).

Para obtener más información sobre la EUA, consulte la sección “**¿Qué es una autorización de uso de emergencia (EUA)?**” al final de esta hoja informativa.



¿QUÉ DEBERÍA MENCIONARLE A SU PROVEEDOR DE VACUNACIÓN ANTES DE RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

Informe a su proveedor de vacunación sobre todas las afecciones médicas que tenga, lo cual incluye si usted:

- tiene alguna alergia;
- tiene fiebre;
- tiene un trastorno hemorrágico o está en tratamiento con un anticoagulante;
- está inmunodeprimido o está en tratamiento con un medicamento que afecta al sistema inmunitario;
- está embarazada o planea quedar embarazada;
- está en período de lactancia;
- ha recibido otra vacuna contra la COVID-19

¿QUIÉN DEBERÍA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna en personas de 18 años en adelante.

¿QUIÉN NO DEBERÍA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

Usted no debería recibir la vacuna contra la COVID-19 de Moderna si:

- tuvo una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna.
- tuvo una reacción alérgica grave a cualquier componente de esta vacuna

¿CUÁLES SON LOS COMPONENTES DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna contiene los siguientes componentes: ácido ribonucleico mensajero (ARNm), lípidos (SM-102, polietilenglicol [PEG] 2000 dimiristoil glicerol [DMG], colesterol y 1,2-diestearoil-sn-glicero-3-fosfocolina [DSPC]), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato de sodio y sacarosa.

¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna se le administrará en forma de inyección en el músculo. La vacuna contra la COVID-19 de Moderna consiste en una serie de 2 dosis administradas con 1 mes de diferencia. Si recibe una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna, debe recibir una segunda dosis de la misma vacuna 1 mes después para completar la serie de vacunación.

¿SE HA USADO LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA EN EL PASADO?

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna no aprobada. En ensayos clínicos, aproximadamente 15,400 personas de 18 años en adelante han recibido al menos 1 dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

En un ensayo clínico en curso, se ha demostrado que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna previene la COVID-19 después de 2 dosis administradas con 1 mes de diferencia. Actualmente, se desconoce la duración de la protección contra la COVID-19



¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

Los efectos secundarios que se han notificado con respecto a la vacuna contra la COVID-19 de Moderna incluyen los siguientes:

- Reacciones en el lugar de la inyección: dolor, dolor a la palpación e hinchazón de los ganglios linfáticos en el mismo brazo de la inyección, hinchazón (endurecimiento) y enrojecimiento.
- Efectos secundarios generales: fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor articular, escalofríos, náuseas y vómitos, y fiebre.

Existe una posibilidad remota de que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave normalmente ocurriría en el lapso de unos minutos a una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. Por este motivo, el proveedor de vacunación podría pedirle que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para supervisarlos después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir:

- Dificultad para respirar
- Hinchazón de la cara y la garganta
- Ritmo cardíaco acelerado
- Erupción cutánea intensa en todo el cuerpo
- Mareos y debilidad

Es posible que estos no sean todos los posibles efectos secundarios de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. Pueden producirse efectos secundarios graves e inesperados. La vacuna contra la COVID-19 de Moderna todavía se está estudiando en ensayos clínicos.

¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO EFECTOS SECUNDARIOS?

Si experimenta una reacción alérgica grave, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

Llame al proveedor de vacunación o a su proveedor de atención médica si tiene algún efecto secundario que le molesta o no desaparece.

Informe los efectos secundarios de la vacuna al **Sistema de notificación de eventos adversos de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS) de la FDA y los Centros para Revisado: 12/2020 4 el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)**. El número gratuito del VAERS es 1-800-822-7967. También puede informarlos en línea en <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>. Incluya "Moderna COVID-19 Vaccine EUA" (EUA de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna) en la primera línea de la casilla número 18 del formulario de notificación.

Además, puede notificar efectos secundarios a ModernaTX, Inc. llamando al 1-866-MODERNA (1-866-663-3762).

También se le puede dar la opción de inscribirse en **v-safe**. **V-safe** es una nueva herramienta voluntaria para teléfonos inteligentes que utiliza mensajes de texto y encuestas web para verificar el estado de las personas que han sido vacunadas con el fin de identificar posibles efectos secundarios después de la vacunación contra la COVID-19. **V-safe** hace preguntas que ayudan a los CDC a supervisar la seguridad de las vacunas contra la COVID-19. **V-safe** también



proporciona recordatorios de la segunda dosis si es necesario y realiza un seguimiento telefónico en vivo por parte de los CDC si los participantes notifican un impacto significativo en la salud después de la vacunación contra la COVID-19. Para obtener más información sobre cómo registrarse, visite: www.cdc.gov/vsafe.

¿QUÉ OCURRE SI DECIDO NO RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

Recibir o no la vacuna contra la COVID-19 de Moderna es decisión suya. Si decidiera no recibirla, esto no modificará su atención médica habitual.

¿EXISTEN OTRAS OPCIONES DISPONIBLES PARA PREVENIR LA COVID-19 ADEMÁS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

Actualmente, no hay disponible ninguna vacuna alternativa aprobada por la FDA para la prevención de la COVID-19. Es posible que se disponga de otras vacunas para prevenir la COVID-19 en virtud de la autorización de uso de emergencia.

¿PUEDO RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA CON OTRAS VACUNAS?

Ninguna de las vacunas COVID-19 autorizadas actualmente son vacunas de virus vivos. Debido a que faltan datos sobre la seguridad y eficacia de las vacunas COVID-19 administradas simultáneamente con otras vacunas, la serie de vacunas debe administrarse de manera rutinaria sola, con un intervalo mínimo de 14 días antes o después de la administración de cualquier otra vacuna. Sin embargo, COVID-19 y otras vacunas pueden administrarse en un período más corto en situaciones en las que se considera que los beneficios de la vacunación superan los posibles riesgos desconocidos de la coadministración de la vacuna (p. Ej., Vacuna que contiene toxoide tetánico como parte del tratamiento de heridas, vacunación contra la rabia). para la profilaxis posterior a la exposición, la vacunación contra el sarampión o la hepatitis A durante un brote) o para evitar barreras o retrasos en la vacunación COVID-19 (por ejemplo, en los residentes de un centro de atención a largo plazo o el personal de atención médica que recibió la vacuna contra la influenza u otras admisión o incorporación). Si las vacunas COVID-19 se administran dentro de los 14 días posteriores a otra vacuna, no es necesario repetir las dosis para ninguna de las vacunas.

¿QUÉ OCURRE SI ESTOY EMBARAZADA O EN PERÍODO DE LACTANCIA?

Si está embarazada o en período de lactancia, analice sus opciones con su proveedor de atención médica.

¿LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA ME HARÁ CONTRAER COVID-19?


No. La vacuna contra la COVID-19 de Moderna no contiene SARS-CoV-2 y no puede hacerle contraer COVID-19.

CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN

Cuando reciba su primera dosis, se le proporcionará una tarjeta de vacunación que indicará cuándo debe regresar para su segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. Recuerde traer su tarjeta cuando regrese.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si tiene preguntas, visite el sitio web o llame al número de teléfono que se indica a continuación. Para acceder a las hojas informativas más recientes, escanee el código QR que se proporciona a continuación

Sitio web de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna	Número de teléfono
http://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua 	1-866-MODERNA (1-866-663-3762)

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

- Pregunte al proveedor de vacunación.
- Visite el sitio web de los CDC en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
- Visite el sitio web de la FDA en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-andresponse/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/emergency-use-authorization>
- Comuníquese con su Departamento de Salud Pública local o estatal.

¿DÓNDE SE REGISTRARÁ MI INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN?

El proveedor de vacunación puede incluir su información de vacunación en el Sistema de información de inmunización (Immunization Information System, IIS) de su jurisdicción local/estatal u otro sistema designado. Esto garantizará que reciba la misma vacuna cuando regrese para la segunda dosis. Para obtener más información sobre el IIS, visite: <https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/about.html>.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR DAÑOS CAUSADOS POR CONTRAMEDIDAS?

El Programa de compensación por daños causados por contramedidas (Countermeasures Injury Compensation Program, CICP) es un programa federal que puede ayudar a pagar los costos relacionados con la atención médica y otros gastos específicos de determinadas personas que han sufrido daños graves a causa de ciertos medicamentos o vacunas, incluida esta vacuna. En general, se debe presentar un reclamo al CICP en el plazo de un (1) año desde la fecha de recepción de la vacuna. Para obtener más información acerca de este programa, visite www.hrsa.gov/cicp/ o llame al 1-855-266-2427.

¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA)?

La FDA de los Estados Unidos ha permitido que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna esté disponible en virtud de un mecanismo de acceso de emergencia denominado EUA. La EUA está respaldada por una declaración del secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de que existen circunstancias para justificar el uso de emergencia de fármacos y productos biológicos durante la pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna no se ha sometido al mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplen determinados criterios, lo que incluye que no existan alternativas aceptables, aprobadas y disponibles. Además, la decisión de la FDA se basa en la totalidad de la evidencia científica disponible que muestra que el producto puede ser eficaz para prevenir la COVID-19 durante la pandemia de COVID-19 y que los beneficios conocidos y potenciales del medicamento superan sus riesgos conocidos y potenciales. Todos estos criterios deben cumplirse para permitir el uso del producto durante la pandemia de COVID-19.



La EUA para la vacuna contra la COVID-19 de Moderna estará en vigor durante la vigencia de la declaración sobre la COVID-19 de la EUA que justifica el uso de emergencia de estos productos, a menos que se cancele o revoque (después de lo cual los productos ya no se podrán

©2020 ModernaTX, Inc. Todos los derechos reservados.

Patente(s): www.modernatx.com/patents

Revisado: 12/2020



Escanee para capturar que esta hoja de datos se proporcionó al destinatario de la vacuna para los registros médicos electrónicos / sistemas de información de inmunización

Barcode Date: 12/2020



Formulario de Registro de Pacientes

Nombre Legal Completo del Paciente:			
Nombre Legal Completo			
Fecha de Nacimiento		Número De Seguro Social	
Genero <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Desconosido		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vuido	
Dirección de Correspondencia			
Ciudad	Estado	Código Postal	País/Ciudad de Residencia
Teléfono de Casa		Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo
¿Si no podemos contactarlo y usted tiene correo de voz, tenemos su permiso para dejarle un correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección De Correo Electrónico: _____			
Los pacientes con dirección de correo electrónico en este formulario de registro serán automáticamente registrados a nuestro Portal de Pacientes al que se puede acceder desde nuestro sitio web www.rockahc.org . Usted puede solicitar recargas de medicamentos, ver resultados de laboratorio y más.			
Información Adicional del Paciente			
¿Usted tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros:			
Número de identificación del plan		Numero de grupo plan	
Nombre del titular de la póliza		Fecha de Nacimiento	Número De Seguro Social
Dirección del titular de póliza			Número de teléfono
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino Americano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> No Declaro/Se negó a informar			
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/a o Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico			
<input type="checkbox"/> Indio/a Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> No Declaro/Se negó a informar			
Nombre del Contacto de Emergencia #1		Número de Casa o Celular	Relación con el/la paciente
Firma			
Comprendo que, al firmar este documento, Yo doy fe de la exactitud de la información proporcionada. (Para pacientes menores, padres/Guardián legal completando este formulario firme a continuación.)			
Firma		Nombre Impreso	
Relación al Paciente		Fecha	



Divulgación De Información De HIPPA

Autorización para usar o Divulgar Información Médica Protegida

RAHC Fax Number: (855) 806-0826

Nombre Legal Completo del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ SSN: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección de Correspondencia: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo doy permiso para que RAHC envíe por correo mi registro de vacunación COVID-19 a la dirección que aparece en mi registro:

Sí

No

Si se necesita uno de mis registros de vacunación, regresare más tarde a obtener una copia:

Sí

No

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización mediante la presentación de mi solicitud por escrito. Además, entiendo que Rockbridge Area Health Center puede re-divulgar los registros recibidos bajo esta autorización, excepto para los registros de salud mental, que requieren una autorización de re-divulgación separada. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización u es estrictamente voluntario, pero también entiendo que ciertos registros son necesarios para obtener la mejor calidad de atención médica. Comprendo y acepto los términos de esta autorización, que permanecerán en valides un año a partir de la fecha de la solicitud a menos que se indique lo contrario.

Firma del/de la Paciente o del representante del Paciente

Relación al Paciente

Fecha



EL CONSENTIMIENTO GENERAL

1. NOTIFICACIÓN DE LA NORMA DE PRIVACIÓN SEGÚN HIPAA. Acepto que he recibido y/o que he leído la Notificación de RAHC sobre la Norma hecha Efectiva el 2 de junio de 2014. Este documento está disponible para ser revisado en línea o en nuestra oficina. Si quiere que alguien lo revise con usted, por favor, avísenos.

2. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO. Le doy mi consentimiento al personal médico de RAHC para realizar el tratamiento médico de emergencia, el tratamiento médico agudo o crónico, la asistencia médica preventiva, el cuidado dental, la atención de la salud mental/conductual y la asistencia médica del mantenimiento que se consideren necesarias/os por razones médicas. (Si el individuo mencionado anteriormente es un/a menor en el momento de consentimiento, un/a padre/madre o un/a tutor/a legal debe firmar este consentimiento para el tratamiento.). Solo hay un historial médico electrónico que se usa entre los miembros del equipo de cuidados primarios cuando abordan su plan de tratamiento, y esta información médica se comparte entre estos miembros del equipo de cuidados primarios. Un/a “Consultor/a de la Salud Conductual” es un miembro del equipo de cuidados primarios que trabaja junto con su proveedor/a médico/a para reconocer y abordar las condiciones médicas asociadas con los trastornos agudos y crónicos de la salud mental y emocional.

3. CONSENTIMIENTO PARA COMUNICARSE ATRAVES DE SMS. Yo autorizo a RAHC que a través de sus proveedores Wellapp y eCW se pongan en contacto conmigo por mensaje de texto SMS para servirme mejor. RAHC puede mandarme mensajes para ayudarme a mí o a mi hijo a mantenernos saludable, incluyendo:
 - Recordatorios sobre citas dentales o medicas
 - Recordatorios de mantenimiento de salud
 - Información para ayudar a manejar enfermedades
 - Entiendo que las tarifas de mensajes/datos pueden aplicarse a los mensajes enviados a través de RAHC a mi teléfono celular y que puedo recibir hasta 10 textos por mes.
 - Se que no tengo ninguna obligación de autorizar a RAHC a enviarme mensajes de texto como parte de este programa.
 - Puedo optar para no recibir estas comunicaciones de RAHC en cualquier momento llamando a RAHC al 540- 464-8700

4. CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA LOS AGENTES PATÓGENOS DE SANGRE DESIGNADOS. La Sección 32.1-45.1 del Código de Virginia autoriza a los proveedores médicos realizar una prueba a las/los pacientes para ver si tienen HIV o Hepatitis B o C si un/a trabajador/a de la asistencia médica se expone a la sangre o a los fluidos corporales del paciente de una manera que, según el lineamiento actual de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, podría transmitir el virus de HIV o de Hepatitis B o C. En caso de tal exposición, se considera que yo he consentido a la prueba y a la divulgación de los resultados a la(s) persona(s) expuesta(s). Sin embargo, se me aconsejará antes de que se examine mi sangre para detectar HIV o Hepatitis B o C, además de después de la prueba cuando reciba los resultados.



5. CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION. Por lo tanto, autorizo la administración de la vacuna COVID19 a mí mismo o a la persona nombrada a continuación para quien soy el representante legal.

- He leído o me han explicado la información contenida en la Hoja Informativa para los receptores y cuidadores: Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la vacuna COVID-19 para prevenir la enfermedad de la corona virus 2019 (COVID-19) y comprender los riesgos y beneficios de la vacuna y las alternativas a la vacuna (que es, no recibir la vacuna ni esperar otras versiones de la vacuna);;
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta inmunización [y cualquier pregunta que tuviera sobre la vacuna COVID-19 ha sido respondida a mi satisfacción.
- Yo creo que los beneficios superan los riesgos, y acepto toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar de la recepción de la inmunización o la recepción de la inmunización por parte de la persona nombrada a continuación para la cual soy el representante legal.
- Acepto que mi información de salud relacionada con la vacuna puede ser requerida o puede ser revelada voluntariamente a mi proveedor de atención médica, mi plan de seguro, y los registros estatales o federales u otras autoridades de salud pública, con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También acepto que la organización que proporciona mi vacuna puede usar y divulgar mi información de salud como se describe en su Aviso de Practicas de Privacidad.

Se usará este formulario de consentimiento como sea necesario. Usted puede revocar o cambiar cualquiera de los consentimientos anteriores en cualquier momento.

La participación en todos los programas ofrecidos en RAHC es voluntaria y no es un requisito para recibir el cuidado.

Cuando se firma electrónicamente en RAHC antes de su primera consulta, se acepta:

- 1) Revisión de la Notificación de la Norma de Privación de RAHC hecha Efectiva el 2 de junio de 2014
- 2) Revisión del Consentimiento para el Tratamiento de RAHC
- 3) Revisión del Consentimiento de RAHC para la Comunicación de Texto
- 4) Revisión del Consentimiento para la Prueba de Agentes Patógenos de la Sangre de RAHC
- 5) Revisión del Consentimiento de RAHC Para la Vacunación

Firma del/de la Paciente o del representante del Paciente

Fecha