

# Formulario de consentimiento para recibir la vacuna contra la COVID-19

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO: vacuna contra la COVID-19

Versión 3.0 – 11 de marzo de 2021

Apellido	Nombre	N.º de identificación (p. ej., número de tarjeta sanitaria)	
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro: _____		Proveedor de atención primaria (médico de cabecera o enfermero practicante)	
Si pertenece a un pueblo indígena, indique a cuál: <input type="checkbox"/> Naciones Originarias de Canadá <input type="checkbox"/> Métis (incluidos los miembros de organizaciones o asentamientos de Métis) <input type="checkbox"/> Inuk/Inuit <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> No lo sé			
Teléfono particular	Teléfono móvil		
Dirección	Ciudad	Provincia	Código postal
Fecha de nacimiento (día, mes, año) _____ / _____ / _____	Edad	¿Recibirá <b>la primera o la segunda dosis</b> de la vacuna? <input type="checkbox"/> Primera <input type="checkbox"/> Segunda Si recibirá la segunda dosis, indique la fecha de la primera y el nombre de la vacuna que le administraron: _____/_____/_____ (día, mes, año) Nombre de la vacuna que le administraron: _____	

## Consentimiento para recibir la vacuna

He leído (o me han leído) y comprendo el contenido del Paquete de información preliminar sobre la vacunación, que incluye los siguientes documentos: "Hoja de información sobre la vacuna contra la COVID-19" y "Lo que debe saber sobre su cita para recibir la vacuna contra la COVID-19".

- Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna que recibiré, las cuales me respondieron a mi satisfacción.

**Doy mi consentimiento para que me administren la vacuna, incluidas todas las dosis recomendadas de la serie.**

- Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.
- Entiendo que, si retiro este consentimiento como representante para la toma de decisiones de otra persona, debo comunicarme con el centro de residencia comunal en el que vive dicha persona.

**Nota: Comuníquese con la clínica de vacunación donde se supone que le administrarán la vacuna contra la COVID-19 si cambia de opinión y quiere retirar su consentimiento para recibirla. Esto permitirá que otra persona ocupe su lugar. Si el consentimiento fue retirado por el representante para la toma de decisiones de una persona que vive en un centro de residencia comunal, dicha institución deberá comunicarse con la unidad local de salud pública.**

## Declaración sobre la recopilación, el uso y la divulgación de información médica personal

La información médica personal que figura en este formulario se recopilará con el objetivo de brindarle atención y crear un registro de vacunación para usted; además, también es necesaria para la administración del programa de vacunación contra la COVID-19 de Ontario. Esta información se utilizará y se divulgará para dichos propósitos, así como también para otros fines autorizados y exigidos por la ley, como los siguientes:

- se compartirá con el director médico de Salud y las unidades de salud pública de Ontario cuando dicha divulgación sea necesaria para cumplir con la *Ley de Protección y Promoción de la Salud*; y
- como parte de su historia clínica electrónica provincial, es posible que se comparta con los proveedores de atención médica que le brindan tratamiento.

La información se almacenará en un sistema de registro de información médica bajo la custodia y el control del Ministerio de Salud.

Si la clínica de vacunación es administrada por un hospital, dicha institución médica recopilará, utilizará y divulgará su información como representante del Ministerio de Salud.

**Reconozco que he leído y comprendo la declaración anterior.**

Es posible que el hospital, la unidad local de salud pública o el Ministerio de Salud se comuniquen con usted para fines relacionados con la vacuna contra la COVID-19 (por ejemplo, para recordarle sobre las citas de seguimiento o para proporcionarle un registro de vacunación). Si acepta recibir estas comunicaciones de seguimiento por correo electrónico, indíquelo en la casilla que aparece a continuación.

**Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de seguimiento:**

**por correo electrónico**       **por mensaje de texto**

**Si seleccionó la opción de correo electrónico, indique su dirección de correo electrónico:**

-----

## **Consentimiento para recibir comunicaciones acerca de estudios de investigación**

Tiene la opción de dar su consentimiento para que investigadores se comuniquen con usted respecto de la participación en estudios de investigación relacionados con la vacuna contra la COVID-19. Si autoriza estas comunicaciones, su información médica personal se utilizará para determinar qué estudios pueden ser relevantes para usted, y su nombre e información de contacto se compartirán con los investigadores. Si da su consentimiento para que lo contacten sobre estudios de investigación, esto no significa que acepta participar en la investigación en sí. La participación es voluntaria. Además, la denegación del consentimiento para dichas comunicaciones no afectará su derecho a recibir la vacuna contra la COVID-19.

Si no desea que se comuniquen con usted en relación con los estudios de investigación, indíquelo a continuación.

Si autoriza las comunicaciones sobre estudios de investigación, pero luego cambia de opinión, puede retirar su consentimiento en cualquier momento; para ello, comuníquese con el Ministerio de Salud por correo electrónico a [vaccine@ontario.ca](mailto:vaccine@ontario.ca).

Esto no afectará su derecho a recibir la vacuna contra la COVID-19.

**Doy mi consentimiento para que se comuniquen conmigo acerca de estudios de investigación relacionados con la vacuna contra la COVID-19:**

**por correo electrónico**     **por mensaje de texto**     **por teléfono**     **por correo postal**

**Si seleccionó la opción de correo electrónico, indique su dirección de correo electrónico:**

-----

**No doy mi consentimiento para que se comuniquen conmigo acerca de estudios de investigación relacionados con la COVID-19:**

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha de la firma

Si firma en nombre de otra persona, indique el vínculo que los une:

Si firmo en nombre de otra persona, confirmo que soy el padre, la madre, el tutor legal o el representante para la toma de decisiones.

### ***Cuestiones específicas sobre la Ley de Centros de Atención a Largo Plazo de 2007***

El consentimiento del residente para recibir la vacuna puede ser retirado o revocado en cualquier momento.

#### **Declaración sobre la sección 83 de la Ley:**

Tenga en cuenta la siguiente protección jurídica:

Todos los licenciarios de un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) deben asegurarse de que no se diga ni se haga creer a ninguna persona que se denegará la admisión de un posible residente o que se dará de alta a un residente actual como consecuencia de lo siguiente:

- (a) no se firmó un documento;
- (b) se anuló un acuerdo;
- (c) se dio, no se dio, se retiró o se revocó un consentimiento o una directiva con respecto al tratamiento o la atención.

**ÚNICAMENTE PARA USO DEL PERSONAL CLÍNICO**

Agente	COVID-19	Nombre del producto	N.º de lote	Dosis (cantidad):
Lugar del cuerpo para la administración	<input type="checkbox"/> Deltoides izquierdo <input type="checkbox"/> Deltoides derecho		Vía	Intramuscular (I M)
Fecha de la administración	----- / ----- / ----- (dd/mm/aaaa)	Hora de la administración	----- : ----- a. m./p. m.	Eventos adversos después de recibir la dosis actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona que administró la vacuna (nombre, puesto)	Ubicación		Persona que otorgó la autorización	
Motivo de la vacunación	<input type="checkbox"/> Trabajador de atención médica <input type="checkbox"/> LTC: residente <input type="checkbox"/> LTC: trabajador de atención médica <input type="checkbox"/> LTC: otra persona que no sea un empleado <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos (Retirement Home, RH): trabajador de atención médica <input type="checkbox"/> RH: residente <input type="checkbox"/> RH: cuidador esencial <input type="checkbox"/> RH: otra persona que no sea un empleado <input type="checkbox"/> Edad avanzada: vivienda comunitaria <input type="checkbox"/> Adulto que recibe atención para una enfermedad crónica <input type="checkbox"/> Comunidad indígena <input type="checkbox"/> Otra población prioritaria <input type="checkbox"/> Centro de residencia comunal: residente <input type="checkbox"/> Centro de residencia comunal: miembro del personal <input type="checkbox"/> Centro de residencia comunal: cuidador esencial			
Motivo por el que no se administró la vacuna	<input type="checkbox"/> La vacuna está contraindicada. <input type="checkbox"/> El proveedor de atención médica recomendó la vacunación, pero el PACIENTE no dio su consentimiento. <input type="checkbox"/> El proveedor de atención médica tomó la decisión de postergar la vacunación temporalmente. <input type="checkbox"/> El paciente no es apto por razones médicas. <input type="checkbox"/> El paciente retiró su consentimiento para recibir las dosis de la serie.			
Fecha programada para recibir la 2.º dosis (2 de 2):	----- / ----- / ----- (dd/mm/aaaa) ----- : ----- a. m./p. m.			