

Ministry of Health - Ontario

Formulario de consentimiento COVID-19

(COVID-19 Vaccine Consent Form)

Apellido	Nombre	Identificación (p. ej., número de la tarjeta de salud)	
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro _____		Personal Médico de Atención Primaria (médico de familia o profesional en enfermería)	
Si pertenece a un pueblo indígena, indique a cuál: <input type="checkbox"/> Naciones Originarias <input type="checkbox"/> Métis (incluye a los miembros de la organización o asentamiento Métis) <input type="checkbox"/> Inuk/ Inuit <input type="checkbox"/> Otros pueblos indígenas, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Desconocido			
Teléfono de casa	Teléfono celular		
Dirección	Ciudad	Provincia	Código postal
Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____/_____/_____ _____	Edad	¿Es esta su primera o su segunda dosis de la vacuna? <input type="checkbox"/> Primera <input type="checkbox"/> Segunda Si es la segunda, indique la fecha de la primera dosis y el nombre de la vacuna administrada: -----/-----/----- (mes, día, año) Nombre de la vacuna administrada: _____	

Consentimiento para recibir la vacuna

He leído (o me han leído) y entiendo el Paquete previo a la Inmunización, que incluye los siguientes documentos: “Hoja Informativa de la Vacuna contra el COVID-19” y “Qué necesita saber sobre la cita para la vacuna contra el COVID-19”.

- He tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con la vacuna que estoy recibiendo y de recibir respuestas a mi satisfacción.

Doy mi consentimiento para recibir la vacuna, incluidas todas las dosis recomendadas de la serie.

- Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

- Entiendo que si estoy retirando el consentimiento como alguien que toma las decisiones por otra persona, luego debo comunicarme con el hogar colectivo donde vive la persona.

Nota: Comuníquese con la clínica de vacunación donde se supone que recibirá la vacuna contra el COVID-19 si cambia de opinión y ya no da su consentimiento para recibir la vacuna. Esto permitirá que otra persona tome su lugar. Si el consentimiento ha sido retirado por la persona que toma las decisiones por otra persona que reside en un hogar colectivo, entonces el hogar colectivo debe comunicarse con la unidad de salud pública local.

Reconocimiento de la recopilación, el uso y la divulgación de la información personal de salud

La recopilación de información personal de salud de este formulario tiene el propósito de proporcionarle atención y crear un registro de inmunización para usted, y porque es necesario para la administración del programa de vacunación contra el COVID-19 de Ontario. Esta información se utilizará y divulgará con estos objetivos, además de otros propósitos autorizados y exigidos por ley. Por ejemplo,

- se divulgará al Director Médico de Salud y las unidades de salud pública de Ontario cuando sea necesaria la divulgación para un propósito de la Health Protection and Promotion Act (Ley de Promoción y Protección de la Salud). Y

- podrá ser divulgada, como parte de su registro electrónico provincial de salud, a los proveedores de atención médica que le estén proporcionando atención. La información se almacenará en un sistema de registros de salud bajo la custodia y el control del Ministry of Health (Ministerio de Salud).

Cuando una clínica sea administrada por un hospital, el hospital recopilará, utilizará y divulgará su información como agente del Ministry of Health (Ministerio de Salud).

Reconozco que he leído y entendido la declaración precedente.

Usted podrá ser contactado por un hospital, unidad de salud pública local o el Ministry of Health (Ministerio de Salud) a los efectos de recordarle las citas de seguimiento relacionadas con la vacuna contra el COVID-19 (por ejemplo, para recordarle citas de seguimiento y proporcionarle un registro de inmunización). Si usted da su consentimiento para recibir estas comunicaciones de seguimiento por correo electrónico, proporcione la dirección de correo electrónico a continuación.

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de seguimiento:

por correo electrónico **por mensaje de texto/SMS**

Si seleccionó la opción por correo electrónico, proporcione su dirección de correo electrónico: _____

Consentimiento para que me contacten sobre estudios de investigación

Usted tiene la opción de dar su consentimiento para que los investigadores lo contacten sobre la participación en estudios de investigación relacionados con la vacuna contra el COVID-19. Si da su consentimiento para que lo contacten, su información personal de salud se utilizará para determinar cuáles estudios pueden ser pertinentes en su caso, y su nombre e información de contacto serán divulgados a los investigadores. El hecho de dar su consentimiento para que lo contacten en relación con los estudios de investigación no significa que usted haya otorgado su consentimiento para participar en la investigación misma. Participar en la investigación es voluntario. Usted puede rehusarse a dar su consentimiento para que lo contacten sobre estudios de investigación sin que esto tenga ningún impacto en su elegibilidad para recibir la vacuna contra el COVID-19.

Si no desea que lo contacten sobre los estudios de investigación, indíquelo a continuación.

Si usted da su consentimiento para que lo contacten sobre estudios de investigación, y luego cambia de opinión, puede retirar su consentimiento en cualquier momento enviando un correo electrónico a Ministry of Health (Ministerio de Salud) a vaccine@ontario.ca.

Esto no tendrá ningún impacto en su elegibilidad para recibir la vacuna contra el COVID-19.

Doy mi consentimiento para que me contacten acerca de los estudios de investigación relacionados con la vacuna contra el COVID-19:

por correo electrónico **por mensaje de texto/SMS** **por teléfono** **por correo**

Si seleccionó la opción por correo electrónico, proporcione su dirección de correo electrónico: _____

No doy mi consentimiento para que me contacten acerca de los estudios de investigación relacionados con la vacuna contra el COVID-19

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha de la firma

En caso de firmar por otra persona, indique su relación con esa otra persona:

En caso de firmar por otra persona, confirmo que soy el padre/la madre/el tutor legal o alguien que toma las decisiones por otra persona.