

Confirmación para recibir la primera dosis de la vacuna de Moderna contra el COVID-19

Lea todo el documento y confirme que ha entendido lo siguiente:

- He recibido información sobre los posibles efectos secundarios de la vacuna de Moderna contra el COVID-19, tal y como se indica en la hoja informativa titulada Autorización para Uso de Emergencia.
- He elegido voluntariamente recibir la vacuna contra el COVID-19 en MD Anderson después de considerar detenidamente los riesgos y beneficios que ello implica.
- Entiendo que la vacuna contra el COVID-19 puede tener efectos secundarios que aún se desconocen.
- Entiendo que debería consultar con mi proveedor médico para analizar mis riesgos personales y beneficios de recibir la vacuna contra el COVID-19.
- Entiendo que, si alguna vez he experimentado una reacción alérgica grave, puedo tener un mayor riesgo de experimentar una reacción alérgica grave a la vacuna de Moderna contra el COVID-19 (incluidos problemas para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, latidos rápidos del corazón, salpullido importante por todo el cuerpo, mareos y debilidad).
- Entiendo que debería proceder con precaución si alguna vez he experimentado una reacción alérgica grave a una vacuna o medicamento inyectado en la piel, los músculos o las venas, y que debería hablar con mi proveedor médico personal sobre si debo o no recibir la vacuna de Moderna contra el COVID-19 en estos momentos.
- Entiendo que no debo recibir la vacuna de Moderna contra el COVID-19 si alguna vez he experimentado una reacción alérgica grave a un componente de esta vacuna, incluidos polietilenglicol (utilizado en muchos medicamentos inyectables), trometamina e hidrocloreuro de trometamina, acetato de sodio, ácido acético, sacarosa y colesterol.
- Entendiendo que debo permanecer en un área de observación designada durante 15 a 30 minutos después de recibir la vacuna para que el personal médico del centro pueda proporcionarme atención en caso de que experimente una reacción alérgica grave a la vacuna contra el COVID-19.
- Entendiendo que, si experimento una reacción adversa grave una vez que haya abandonado el área de observación designada, debo llamar al 9-1-1 o acudir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.
- Entendiendo que debo completar la serie de dos dosis de la vacuna de Moderna contra el COVID-19, a menos que mi proveedor médico me indique lo contrario.
- Entiendo que hoy recibiré una tarjeta de vacunación contra el COVID-19 en la que se indicará que he recibido la primera dosis de la vacuna de Moderna contra el COVID-19 y que debo traer la tarjeta de vacunación conmigo cuando regrese para recibir la segunda dosis de esta vacuna.
- Estoy al tanto de que las vacunas contra el COVID-19 administradas en MD Anderson se registrarán y

reportarán según los requisitos del Gobierno estatal y federal, y que la información que se comparta sobre mí como parte de este proceso se limitará a mi nombre y apellidos, fecha de nacimiento, género, raza, etnia, dirección y si soy miembro del personal escolar o de cuidados infantiles.

- Acuso recibo del documento Notificación de Prácticas de Privacidad de UT MD Anderson (UT MD Anderson Notice of Privacy Practices) o NPP. Entiendo que existe una copia del NPP a mi disposición al momento de la vacunación cuando yo la solicite, o [la puedo revisar en esta página web](#).
- Entiendo la importancia de continuar llevando mascarilla, lavándome las manos y manteniendo el distanciamiento social una vez que reciba la vacuna contra el COVID-19.
- Entiendo que mi seguro puede recibir una factura correspondiente a la tarifa de la administración de la vacuna contra el COVID-19 y que mi seguro debe procesar el costo de la administración de la vacuna, sin aplicarme ningún costo de bolsillo.