



Vacuna contra COVID-19

INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

APELLIDO		(Nombre)	Fecha de nacimiento:	Edad:	
DIRECCIÓN			CORREO ELECTRÓNICO		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA		
CONTACTO PARA EMERGENCIAS: Nombre Relación Teléfono					
Raza: (marque solo 1) <input type="checkbox"/> Asiático o polinesio <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Indígena americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sabe		Grupo étnico: (marque solo 1) <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No sabe		Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Responda a las siguientes preguntas sobre la salud de quien recibe la vacuna:	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? *Si responde sí, indique qué vacuna y la fecha en que la recibió: _____			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia) a algo, por ejemplo, una reacción que debió ser tratada con epinefrina o una EpiPen o por la cual tuvo que ir al hospital' le provocó urticaria, hinchazón, o dificultades para respirar, incluyendo sibilancias? *¿La reacción grave fue después de recibir una vacuna contra el COVID-19?			
* ¿La reacción grave fue después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?			
4. Marque: <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico del síndrome de Guillain-Barre <input type="checkbox"/> Tuvo COVID-19 y se le trató con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente <input type="checkbox"/> Fue diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A, por sus siglas en inglés) después de una infección de COVID-19 <input type="checkbox"/> Tiene un trastorno del sangrado o toma medicamentos anticoagulantes <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de trombocitopenia inducida por heparina (HIT, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> En este momento está embarazada o amamantando <input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos			
5. Marque: <input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, infección de VIH, cáncer): si la respuesta es sí, indique qué condición: _____ <input type="checkbox"/> Recibe medicamentos o terapias inmunosupresoras: si la respuesta es sí, indique cuáles: _____			

Confirmando en mi nombre o en nombre del menor nombrado arriba que he recibido una copia y he leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) y he revisado la hoja informativa de la FDA para receptores y cuidadores de la FDA sobre la vacuna contra el COVID-19 que será administrada (elija una de las siguientes opciones):

_____ Pfizer (12 años o más); _____ Moderna (18 años o más); _____ Janssen (18 años o más).

Confirmando en mi nombre, o en nombre del menor nombrado arriba, que he podido hacer preguntas que me contestaron a cabalidad. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna indicada y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada para la que estoy autorizado a hacer este pedido.

Con mi firma confirmo que al menor, o a mí, se nos recomendó quedarnos en el lugar durante 15 minutos después de recibir la vacuna.

Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves deben quedarse durante 30 minutos.

Fecha

Nombre en letra de imprenta

X

Firma del paciente, padre o tutor del menor

Encierre en un círculo su cobertura médica.

Aetna / Cigna / Coventry / Blue Cross Blue Shield / United Health Care / Medicare

N. ° de seguro social de la persona recibiendo la vacuna _____

N. ° de póliza _____

Nombre del titular de la póliza _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO)

Vaccine recipient provided:

- Pfizer <https://www.fda.gov/media/144414/download>
 Moderna <https://www.modernatx.com/covid19vaccine-eua/eua-fact-sheet-recipients.pdf>
 Janssen <https://www.janssenlabels.com/emergency-use-authorization/Janssen+COVID-19+Vaccine-Recipient-fact-sheet.pdf>

Vaccine	Dose	Route	Date Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
COVID-19	_____ml <input type="checkbox"/> 1 st _____ml <input type="checkbox"/> 2 nd _____ml <input type="checkbox"/> 3 rd	<input type="checkbox"/> IM - L Arm <input type="checkbox"/> IM - R Arm					