



## Vacuna contra COVID-19

### INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

<b>APELLIDO</b>		<b>Nombre</b>	<b>SEGUNDO NOMBRE</b>	Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	<b>Edad:</b>		
<b>DIRECCIÓN</b>			<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>				
<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>	<b>TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA</b>				
<b>CONTACTO PARA EMERGENCIAS: Nombre:</b>		<b>Relación:</b>		<b>Teléfono:</b>			
<b>Raza: (marque solo 1)</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático o polinesio <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Indígena americano o de Alaska <input type="checkbox"/> No sabe		<b>Grupo étnico: (marque solo 1)</b> <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No sabe		<b>Idioma principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			
				<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
<b>Responda a las siguientes preguntas sobre la salud de quien recibe la vacuna:</b>				<b>Sí</b>	<b>No</b>		
1. ¿Está enfermo hoy o actualmente en un periodo de aislamiento o cuarentena por COVID-19?							
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?							
<b>4. Marque la casilla si aplica:</b> <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"/> 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 <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							
<b>5. Marque la casilla si aplica:</b> <input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado: si la respuesta es sí, indique qué condición: <input type="checkbox"/> Recibe medicamentos o terapias inmunosupresoras: si la respuesta es sí, indique cuáles:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 (5 – 11 años); _____ Pfizer (12 años o más); _____ Moderna (18 años o más); _____ Janssen (18 años o más)</li> <li>• 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.</li> <li>• Se puede facturar una tarifa de administración a terceros pagadores. Autorizo al Southeast Health District a facturar a todos y cada uno de los terceros pagadores por este servicio. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. También solicito el pago de beneficios gubernamentales o el pago de beneficios médicos para mí o para la parte que acepta la asignación de los servicios descritos en este documento.</li> <li>• Con mi firma confirmo que al menor, o a mí, se nos recomendó quedarnos en el lugar durante 15 minutos después de recibirla vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves deben quedarse durante 30 minutos.</li> </ul>							
Fecha		Nombre en letra de imprenta		X Firma del paciente, padre o tutor del menor			
<b>FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY</b>							
Vaccine recipient/caregiver was provided the following EUA/FDA Fact Sheet:							
<input type="checkbox"/> Pfizer (age 12 and over) <a href="https://www.fda.gov/media/144625/download">https://www.fda.gov/media/144625/download</a>		<input type="checkbox"/> Moderna <a href="https://www.fda.gov/media/144712/download">https://www.fda.gov/media/144712/download</a>					
<input type="checkbox"/> Pfizer (age 5 through 11) <a href="https://www.fda.gov/media/153829/download">https://www.fda.gov/media/153829/download</a>		<input type="checkbox"/> Janssen <a href="https://www.fda.gov/media/146762/download">https://www.fda.gov/media/146762/download</a>					
<b>Vaccine COVID-19</b>	<b>Vaccine Manufacturer</b>	<b>Lot Number</b>	<b>Expiration Date</b>	<b>Dose</b>	<b>Route - IM</b>	<b>Signature of Vaccine Administrator</b>	<b>Date Administered</b>
<b>Dose:</b>	<input type="checkbox"/> MODERNA			____ 0.5 ml	<input type="checkbox"/> LEFT Arm		
<input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup>	<input type="checkbox"/> PFIZER 12+			____ 0.25 ml	<input type="checkbox"/> RIGHT Arm		
<input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup>	<input type="checkbox"/> JANSSEN			____ 0.3 ml	<input type="checkbox"/> Other _____		
<input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup>	<input type="checkbox"/> PFIZER 5-11			____ 0.2 ml			
<input type="checkbox"/> Booster							