



Vacuna contra COVID-19

INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

| | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|-----------------------|--|--|--|--|--|------------------------|
| APELLIDO | | Nombre | | SEGUNDO 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"/> 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 | | | 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"/> Español <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. ¿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? | | | | | | | | | | |
| 4. Marque la casilla si aplica: | | | | | | | | | | |
| <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"/> Ha recibido rellenos dérmicos | |
| <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de trombocitopenia inducida por heparina (HIT, por sus siglas en inglés) | | | <input type="checkbox"/> Tuvo COVID-19 y se le trató con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente | | | <input type="checkbox"/> En este momento está embarazada o amamantando | | | <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 | |
| 5. Marque la casilla si aplica: | | | | | | | | | | |
| <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: | | | | | | | |
| <p>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 (elijan una de las siguientes opciones): _____ Moderna (de 6 meses a 5 años); _____ Moderna (de 6 a 11 años); _____ Moderna (12 años o más); _____ Pfizer ((de 6 meses a 4 años); _____ Pfizer (de 5 a 11 años); _____ Pfizer (12 años o más); _____ Janssen (18 años o más)</p> <p>• 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.</p> <p>• 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 cibir la vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves deben quedarse durante 30 minutos.</p> | | | | | | | | | | |
| Fecha | | | Nombre en letra de imprenta | | | X _____ Firma del paciente, padre o tutor del menor | | | | |
| FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO) | | | | | | | | | | |
| Vaccine recipient/caregiver was provided the following EUA/FDA Fact Sheet: | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Moderna (age 12 & over) https://www.fda.gov/media/157233/download | | | <input type="checkbox"/> Moderna (age 6 -11 yrs) https://www.fda.gov/media/159310/download | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Moderna (age 6 months - 5 years) https://www.fda.gov/media/159309/download | | | <input type="checkbox"/> Pfizer (age 5 – 11 yrs) https://www.fda.gov/media/153717/download | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pfizer (age 12 & over) https://www.fda.gov/media/153716/download | | | <input type="checkbox"/> Janssen https://www.fda.gov/media/146305/download | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pfizer (age 6 months through 4 years) https://www.fda.gov/media/159312/download | | | | | | | | | | |
| Vaccine COVID-19 | | Vaccine Manufacturer | | Dose | | Route - IM | | Lot Number | | Expiration Date |
| Dose: <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd <input type="checkbox"/> Booster 1 <input type="checkbox"/> Booster 2 | | <input type="checkbox"/> MODERNA | | ____ 0.5 ml | | <input type="checkbox"/> LEFT Arm | | Signature of Vaccine Administrator | | Date Administered |
| | | | | ____ 0.25 ml | | <input type="checkbox"/> RIGHT Arm | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> PFIZER | | ____ 0.3 ml | | <input type="checkbox"/> LEFT Thigh | | | | |
| | | | | ____ 0.2 ml | | <input type="checkbox"/> RIGHT Thigh | | | | |