



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?						
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? *Si responde sí, indique qué vacuna recibió: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Novavax <u>Otro:</u> _____						
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia) 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"/> 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						
5. Marque la casilla si aplica: <input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, 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: _____						
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 (elijá una de las siguientes opciones): ____ Moderna (de 6 meses 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); ____ Novavax (12 años o más)						
He recibido copia del FORMULARIO DE AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD de la Junta de Salud del Condado con respecto a mis derechos de información de salud y las responsabilidades de la Junta de Salud. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para la atención, el tratamiento y el procesamiento de reclamos. Autorizo el pago de beneficios médicos a la parte que acepta la asignación de los servicios descritos en este documento. Si mi seguro no cubre el pago, entiendo que seré responsable del pago. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna indicada y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Con mi firma confirmo que me recomendaron permanecer en este lugar durante 15 minutos después de recibir la vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves previas deben quedarse durante 30 minutos.						
_____ 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"/> Pfizer-BioNTech: https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/coronavirus-covid-19-cber-regulated-biologics/pfizer-biontech-covid-19-vaccine <input type="checkbox"/> Moderna: https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/coronavirus-covid-19-cber-regulated-biologics/moderna-covid-19-vaccine <input type="checkbox"/> Novavax: https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/novavax-covid-19-vaccine-adjuvanted#additional						
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"/> _____	<input type="checkbox"/> MODERNA <input type="checkbox"/> NOVAVAX <input type="checkbox"/> PFIZER	____ 0.25 mL ____ 0.5 mL ____ 0.3 mL	<input type="checkbox"/> LEFT Deltoid <input type="checkbox"/> RIGHT Deltoid <input type="checkbox"/> LEFT Thigh <input type="checkbox"/> RIGHT Thigh	Signature of Vaccine Administrator	Date Administered	