



Formulario de detección y consentimiento de vacunación contra la COVID-19*

Nombre del beneficiario (escribir en letra de imprenta)		Nombre de preferencia		
Fecha de nacimiento	Identidad de género actual Clave: W: mujer/niña TW: mujer/niña transgénero M: hombre/niño Indicar la identidad de género más abajo: <input type="text"/> TM: hombre/niño transgénero NB: no binario GNC: género no conforme Q: no está seguro/tiene dudas NR: prefiere no responder GNL: género no incluido en la lista (escríbalo) * Pronombres de género: escríbalos junto al nombre del cliente			
Sexo asignado al nacer Clave: Indicar el sexo más abajo: <input type="text"/> M: masculino F: femenino I: intersexual NR: prefiere no responder	Estado civil Clave: Indicar el estado civil más abajo: <input type="text"/> S: soltero D: divorciado M: casado W: viudo V: unión civil U: no sabe SEPARATED: legalmente separado PARTNER: pareja de hecho			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico
Padre o madre/tutor/sustituto (si corresponde, utilice letra de imprenta)		Teléfono	Idioma de preferencia	
Origen étnico Clave: Indicar el origen étnico más abajo: <input type="text"/> DECL: no responde HIS: hispano NHL: no hispano UNK: desconocido	Raza Clave: Indicar la raza más abajo: <input type="text"/> AIA: nativo americano o de Alaska ASN: asiático BAA: afroamericano o negro DECL: no responde NHP: nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico WHT: blanco OTH: otro o multirracial			
Nombre del seguro primario	Nº de identificación del seguro primario			Relación del asegurado con el paciente
Dirección del seguro primario	Nº de grupo del seguro primario	Nombre del asegurado/ Fecha de nacimiento		
Nombre del seguro secundario	Nº de identificación del seguro secundario	Nombre del asegurado/ Fecha de nacimiento	Relación del asegurado con el paciente	
Dirección del seguro secundario	Nº de grupo del seguro secundario	Nº de teléfono del seguro secundario		
Clínica/consultorio en el que se administra la vacuna	Dirección/número de teléfono del médico de atención primaria			

Cuestionario de detección

1.	¿Se siente mal hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2.	Durante los últimos 10 días, ¿se ha realizado una prueba de COVID-19 porque presentó síntomas y aún está esperando el resultado de la prueba, o un proveedor de atención médica o departamento de salud le ha indicado que se aísle o cumpla la cuarentena en su hogar debido a infección o exposición a COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3.	¿Ha recibido tratamiento para la COVID-19 con terapia de anticuerpos o plasma de convalecientes en los últimos 90 días (3 meses)? <i>En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última dosis?</i> Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata (por ej., urticaria, hinchazón de rostro, dificultad para respirar, anafilaxia) como respuesta a cualquier vacuna, inyección o aplicación o a cualquier componente de la vacuna contra la COVID-19, o una reacción alérgica grave (anafilaxia) como respuesta a cualquier otra sustancia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5.	¿Está embarazada o planificando quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

6.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otra afección que debilite el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7.	¿Toma algún medicamento que afecte su sistema inmunitario como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamento contra el cáncer o se le ha realizado algún tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8.	¿Tiene un trastorno hemorrágico, antecedentes de coagulopatía o toma algún anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
9.	¿Tiene antecedentes de miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación del tejido que rodea el corazón)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
10.	¿Ya recibió una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer, Moderna o Janssen?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha: _____ (si corresponde)
11.	¿Ya recibió una dosis de la vacuna contra la COVID-19 autorizada por la OMS pero no por la FDA (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha: _____ (si corresponde)

Autorización de uso de emergencia

La FDA ha puesto a disposición la vacuna contra la COVID-19 en virtud de una autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de fármacos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha sido sometida al mismo tipo de revisión que otros productos aprobados o autorizados por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna a disposición se basa en la totalidad de las pruebas científicas disponibles, que demuestran que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Consentimiento

He leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre vacunación contra la COVID-19. Comprendo que si la vacuna que recibo requiere la aplicación de dos dosis, se me deberán administrar (aplicar) dos dosis de dicha vacuna para que sea efectiva. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron satisfactoriamente (y me aseguré de que se le brindara la oportunidad de hacer preguntas a la persona mencionada anteriormente por la cual estoy autorizado a proporcionar consentimiento subrogado). Comprendo los beneficios y riesgos de la vacunación, tal como se describen.

Solicito que se me aplique la vacuna contra la COVID-19 a mi (o a la persona mencionada anteriormente por la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud y proporcionar consentimiento subrogado). Entiendo que esta vacuna no tendrá ningún costo para mí. Comprendo que cualquier fondo o beneficio por la administración de la vacuna será asignado y transferido al proveedor de vacunación, incluidos los beneficios/fondos de mi plan de salud, de Medicare o de terceros financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (lo que incluye historias clínicas, copias de reclamos y facturas detalladas) para verificar el pago y en la medida de lo necesario para otros fines de salud pública, incluso para informar a los registros de vacunación correspondientes.

Beneficiario o sustituto/tutor del beneficiario (Firma)	Fecha / Hora	Nombre en letra de imprenta	Relación con el paciente (en caso de que no sea el beneficiario)
---	--------------	-----------------------------	--

Nº de identificación del intérprete telefónico O	Fecha / Hora
---	--------------

Firma: Intérprete	Fecha/ Hora	letra de imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente
-------------------	-------------	---

El vacunador debe completar la sección que figura a continuación

¿Qué vacuna recibió el paciente hoy?			
Nombre de la vacuna	Administración		Fecha de la hoja informativa de la EUA
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis	
Moderna	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis	
AstraZeneca	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis	
Janssen	<input type="checkbox"/> Única dosis		

Lugar de aplicación Deltoides izquierdo Deltoides derecho Muslo izquierdo Muslo derecho

Dosis 0.5 ml 0.3 ml

He proporcionado información sobre la vacuna al paciente (y/o al padre, la madre, el tutor o sustituto, según corresponda) y se obtuvo consentimiento para vacunación.

Firma del vacunador: _____