



## Formulario de detección para consentimiento de inmunización contra el COVID-19 (letra imprenta)

<b>Nombre del beneficiario:</b>		<b>Nombre Preferido:</b>		<b>Pronombres de género:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>		<b>Email Dirección:</b>		<b>Idioma preferido:</b>	
<b>Dirección:</b>			<b>Ciudad / Estado / Código Postal:</b>		
<b>Número de Teléfono:</b>			<b>Padre / Guardián / Sustituto</b> <i>si es menor de 18 años</i>		
<b>Sexo asignado al nacimiento:</b>	<b>Legenda:</b> M - masculino W - femenino I - intersexualidad NR - no contesta	<b>Identidad de género actual:</b>	<b>Legenda:</b> W - mujer/niña TW - mujer/niña transgénero NB - persona no binaria Q - no está seguro/tiene dudas	M - hombre/niño TM - hombre/niño transgénero GNC - género no conforme NR - no contesta GNL - género no incluido (escribirlo)	
<b>Etnia:</b>	<b>Legenda:</b> DECL - no contesta HIS - origen hispánico NHL - origen no hispánico UNK - desconocido	<b>Raza:</b>	<b>Legenda:</b> AIA - nativo americano o de Alaska BAA - afroamericano o negro NHP - nativo de Hawái o isleño del Pacífico OTH - otro o multirracial	WHT - blanco ASN - asiático DECL - no contesta	
<b>Nombre del seguro primario:</b>		<b>Número de Identificación del seguro primario:</b>		<b>Si no tiene seguro número de seguridad social:</b>	
<b>Es usted:</b> (marque todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> viviendo en vivienda pública <input type="checkbox"/> trabajador migratorio <input type="checkbox"/> sin hogar					

### Cuestionario de Detección

- ¿Se siente mal hoy?  Sí  No  No Sabe
- En los últimos 10 días, ¿se ha realizado una prueba de la COVID-19, o algún proveedor de atención médica o departamento de salud le han informado que se aisle en casa debido a una infección por COVID-19?  Sí  No  No Sabe
- ¿Ha realizado tratamiento con terapia de anticuerpos o plasma convaleciente contra la COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)?  
*En caso afirmativo, ¿Cuándo recibió la última dosis? Fecha: \_\_\_\_\_*  Sí  No  No Sabe
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata, como urticaria, hinchazón facial, dificultad respiratoria o anafilaxia, a cualquier vacuna o inyección o a cualquier componente de la vacuna contra la COVID-19, como el glicol de polietileno (PEG, por sus siglas en inglés) o polisorbato?  Sí  No  No Sabe
- ¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada?  Sí  No  No Sabe
- ¿Está usted inmunodeprimido moderada o gravemente debido a una o más de las condiciones médicas o la recepción de medicamentos o tratamientos inmunosupresores, que se enumeran a continuación?  Sí  No  No Sabe
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección por VIH</li> <li>• Tratamiento activo de tumores sólidos y neoplasias hematológicas</li> <li>• Recepción de trasplante de órgano sólido y tratamiento inmunosupresor</li> <li>• Recepción de un trasplante de células CAR-T o de células madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hematopoyéticas (dentro de los 2 años posteriores al trasplante o después de recibir terapia de inmunosupresión)</li> <li>• Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (p. Ej., Síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich)</li> <li>• Tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas (es decir, 20 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>de prednisona o equivalente por día), agentes alquilantes, antimetabolitos, fármacos inmunosupresores relacionados con el trasplante, agentes quimioterapéuticos contra el cáncer clasificados como bloqueadores de la necrosis tumoral (TNF) severamente inmunosupresores y otros agentes biológicos que son inmunosupresores o inmunomoduladores</li> </ul>
--	--	--
- ¿Tiene un trastorno hemorrágico, antecedentes de coágulos de sangre o toma un anticoagulante?  Sí  No  No Sabe
- ¿Tiene antecedentes de miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación del revestimiento alrededor del corazón)?  Sí  No  No Sabe
- ¿Ha recibido 2 dosis de la vacuna Pfizer o Moderna COVID-19? *Fecha de la segunda dosis, si corresponde: \_\_\_\_\_*  Sí  No  No Sabe
- ¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna Janssen COVID-19? *Fecha de la primera dosis, si corresponde: \_\_\_\_\_*  Sí  No  No Sabe
- ¿Ha recibido una dosis de refuerzo anterior de la vacuna COVID-19 hace al menos 4 meses? *Fecha de la dosis de refuerzo, si corresponde: \_\_\_\_\_*  Sí  No  No Sabe
- Si recibió una dosis anterior de Janssen (Johnson & Johnson), ¿desarrolló trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS)?  Sí  No  No Sabe
- ¿Tiene 50 años de edad o más o está inmunocomprometido como se define en la pregunta 6?  Sí  No  No Sabe
- ¿Tiene entre 18 y 49 años y ha recibido dos dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Janssen, siendo la segunda dosis hace al menos 4 meses? *Fecha de la segunda dosis, si corresponde: \_\_\_\_\_*  Sí  No  No Sabe
- ¿Ha recibido una dosis anterior de una vacuna COVID-19 autorizada por la OMS pero no por la FDA? (AstraZeneca - VAXZEVRIA, Sinovac - CORONAVAC, Serum Institute of India - COVISHIELD, Sinopharm / BIBP)  Sí  No  No Sabe



**Autorización de uso de emergencia**

La FDA ha puesto a disposición la vacuna contra la COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias para justificar el uso de fármacos y productos biológicos de emergencia durante una emergencia, como la pandemia de la COVID-19. Esta vacuna no fue sometida al mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna disponible se basa en la totalidad de las pruebas científicas disponibles, lo que demuestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales. Tenga en cuenta: la FDA aprobó la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 como una serie de dos dosis en personas de 16 años o más. La vacuna sigue estando disponible bajo un EUA para ciertas poblaciones, incluso para aquellas personas de 5 a 15 años de edad y para la administración de una tercera dosis en las poblaciones establecidas en la sección de consentimiento a continuación.

**Consentimiento**

He leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre la vacunación contra la COVID-19. Entiendo que si mi vacuna requiere dos dosis, necesitaré que me apliquen (den) dos dosis de esta vacuna a fin de que sea efectiva. Además, entiendo que se puede recomendar una tercera dosis de mi vacuna ("refuerzo") para recibir al menos 6 meses después de la segunda dosis.

Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se contestaron a mi satisfacción (y aseguré que a la persona mencionada anteriormente para la cual estoy autorizada a proporcionar el consentimiento sustituto también se le dio la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación, tal como se describen.

Solicito que se me aplique la vacuna contra la COVID-19 (o a la persona mencionada anteriormente para la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud y proporcionar el consentimiento sustituto). Entiendo que no habrá ningún costo para mí por esta vacuna. Entiendo que cualquier dinero o beneficios por la aplicación de la vacuna será asignado y transferido al proveedor de vacunación, incluidos los beneficios/dinero de mi plan de salud, Medicare, o de terceros que son financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidos, entre otros, expedientes médicos, copias de reclamos y facturas detalladas) para verificar el pago y según sea necesario para otros fines de salud pública, inclusive informar a los registros de vacunas aplicables.

**Destinatario/sustituto/guardián (firma)**                      **Fecha y hora**                      **Nombre en imprenta**                      **Relación con el paciente,**  
*en caso de que no sea el destinatario*

**El área a continuación debe ser completada por el vacunador**

Vaccine Name	Administration	EUA Fact Sheet Date	Manufacturer & Lot #
Pfizer / BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Second Dose <input type="checkbox"/> Additional Dose <input type="checkbox"/> Booster Dose		
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Second Dose <input type="checkbox"/> Additional Dose <input type="checkbox"/> Booster Dose		
Janssen	<input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Booster Dose		
Administration Site	<input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Thigh <input type="checkbox"/> Right Thigh		
Dosage	<input type="checkbox"/> 0.5 ml <input type="checkbox"/> 0.3 ml <input type="checkbox"/> 0.25 ml <input type="checkbox"/> 0.2 ml		

I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

PLACE Rx LABEL HERE

\_\_\_\_\_  
**Signature, Vaccinator**