

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

Nombre del beneficiario (en letra imprenta)		Nombre preferido		
Fecha de nacimiento	Género legal	Identidad de género	Estado civil	Referencias de estado civil: S – Soltero D – Divorciado M – Casado W – Viudo V – Unión civil U – No sabe SEPARATED – Separado legalmente PARTNER – Pareja de hecho
Dirección Ciudad Estado Código postal			Dirección de e-mail	
Padre/Tutor/Sustituto (si corresponde, en letra imprenta)		Teléfono		Idioma preferido
Origen étnico	Referencias de origen étnico: DECL – No contesta HIS – Origen hispano NHL – Origen no hispano UNK - Desconocido	Raza	Referencias de raza AIA – Nativo americano o de Alaska ASN – Asiático BAA – Afroamericano o negro DECL – No contesta NHP – Nativo de Hawái o isleño del pacífico WHT – Blanco OTH – Otro o multirracial	
Clínica/oficina donde se aplica la vacuna		Dirección/número de teléfono del médico de atención primaria		
Seguro	Referencias de seguro: Comercial Medicare Medicaid	Tipo de seguro	Referencias de tipo de seguro: Horizon Aetna United Otro: _____	
¿Ha participado en un ensayo de vacunas?				
Cuestionario de detección				
1.	¿Se siente mal hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2.	En los últimos 10 días, ¿se hizo la prueba de COVID-19 o un proveedor de atención médica o departamento de salud le pidió que se aisle o se ponga en cuarentena en casa porque se contagió de COVID-19 o estuvo expuesto a la enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3.	¿Se le administró un tratamiento con terapia de anticuerpos contra COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)? <i>En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última dosis?</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave o potencialmente mortal (por ejemplo, urticaria o dificultad para respirar) a alguna vacuna o inyección?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5.	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días (2 semanas), incluida la vacuna contra la gripe? <i>En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo recibió la vacuna más reciente?</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6.	¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, antecedentes de enfermedades autoinmunes o cualquier otra afección que debilite el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8.	¿Toma algún medicamento que afecta su sistema inmunitario, como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos anticancerígenos, o ha recibido algún tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

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 la FDA ha determinado que existen circunstancias para justificar el uso de fármacos y productos biológicos durante una emergencia, por ejemplo, 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 sujeto a una EUA se basa en la determinación de la FDA de lo siguiente: (i) una emergencia de salud pública, y (ii) la totalidad de las pruebas científicas disponibles para la FDA demuestran que la vacuna puede ser efectiva para prevenir la COVID-19 y que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Consentimiento

Me han proporcionado y he leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre la vacunación contra la COVID-19. Entiendo que esta vacuna está disponible sujeto a una EUA. Entiendo que si esta vacuna requiere dos dosis, necesitaré que me apliquen (den) dos dosis de esta vacuna a fin de que sea efectiva. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se contestaron a mi satisfacción (y me aseguré de que a la persona mencionada anteriormente para la cual estoy autorizado a proporcionar el consentimiento sustituto también se le dio la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación conocidos y potenciales tal como se describen, y también en qué medida esos beneficios y riesgos son desconocidos.

Entiendo que tengo la opción de aceptar o negarme a la aplicación de la vacuna, de las consecuencias de negarme a la aplicación de la vacuna y de las alternativas disponibles a la vacuna y de los riesgos y beneficios de dichas alternativas, si es que existen.

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. En consideración de lo anteriormente expresado, por el presente asigno y transfiero irrevocablemente al proveedor de vacunación y/o a su beneficiario el dinero y los beneficios que puedan estar disponibles a través de mi plan de seguro médico, Medicare, Medicaid o de terceros que sean financieramente responsables de mi atención médica, por administrar la vacuna. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidos, entre otros, expedientes médicos, copias de reclamos y facturas detalladas) para verificar la provisión del servicio o garantizar el pago. Autorizo también la divulgación de toda la información necesaria para fines de salud pública, incluido informar a registros de vacunación aplicables.

Beneficiario/Sustituto/Tutor (firma) Fecha/Hora Nombre en letra imprenta Relación con el paciente, en caso de que no sea el beneficiario

Número de identificación del intérprete telefónico Fecha/Hora

O

Firma: Intérprete Fecha/Hora Escriba en imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente

Area Below to be Completed by Vaccinator

Which vaccine is the patient receiving today?

Vaccine Name	Administration		EUA Fact Sheet Date	Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose			

Administration Site Left Deltoid Right Deltoid Left Thigh Right Thigh Nasal
Dosage 0.5 ml 0.25ml

- I have reviewed side effects with patient (and parent, guardian or surrogate, as applicable)
- I confirm that the patient (and their surrogate, if applicable) was given an opportunity to ask questions about the vaccination, and all the questions asked by them (and/or their surrogate) have been answered correctly and to the best of my ability.

Vaccinator Signature: _____