

EVALUACIÓN PARA VACUNA CONTRA LA COVID-19 Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MENORES



Vacuna Pfizer-BioNTech contra la COVID-19

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE EL/LA PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

Apellido		Nombre		Inicial del Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento			Edad en Años	Sexo (Género asignado al nacer) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Mes	Día	Año			
Raza <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otra <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco				Origen Étnico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano ni Latino <input type="checkbox"/> Indeterminado	
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de celular					
¿Esta es la primera o segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 del paciente?				<input type="checkbox"/> Primera Dosis <input type="checkbox"/> Segunda Dosis	

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE EVALUACIÓN DE COVID-19

Marque SI o NO para cada pregunta	SI	NO
1. ¿Está usted enfermo/a hoy?		
2. ¿Tuvo una reacción alérgica grave a una dosis previa de esta vacuna o a alguno de los ingredientes de esta vacuna?		
3. ¿Lleva consigo un auto inyector de epinefrina (Epi-pen) para el tratamiento de urgencia de la anafilaxia?		
4. Si es mujer, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada?		
5. Si es mujer, ¿está amamantando?		
6. ¿Se aplicó alguna otra vacuna en los últimos 14 días?		
7. En los últimos 90 días, ¿recibió anticuerpos monoclonales o fue diagnosticado/a con COVID-19?		
8. En los últimos 10 días, ¿tuvo fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolor muscular o corporal, dolor de cabeza, pérdida repentina del sentido del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o resfrío, náuseas, vómitos o diarrea?		

SECCIÓN 3: GUÍA DE EVALUACIÓN DE INMUNIZACIÓN PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

Marque SI o NO para cada pregunta	SI	NO
9. ¿Es alérgico o tiene reacciones alérgicas a algún medicamento, alimento, vacuna o látex? Explique:		
10. ¿Esta inmunodeprimido/a o toma un medicamento que afecte su sistema inmunitario?		
11. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un medicamento anticoagulante/con anticoagulantes?		
12. ¿Recibió una dosis previa de alguna vacuna contra la COVID-19? Si la respuesta es sí, indique el fabricante de la vacuna que recibió y la fecha en la que se administró la dosis: <input type="checkbox"/> Vacuna Moderna contra la COVID-19 Fecha en que se administró: <input type="checkbox"/> Vacuna Pfizer-BioNTech contra la COVID-19 _____		
13. ¿Experimentó una reacción alérgica no grave dentro de las 4 horas posteriores a una dosis previa de una vacuna contra la COVID-19? Las reacciones alérgicas no graves pueden incluir: urticarias, hinchazón, enrojecimiento, sibilancia, síntomas gastrointestinales, etc. Si la respuesta es sí, explique:		

- Certifico que: (a) soy el padre/madre o guardián legal del paciente y confirmo que el/la paciente tiene al menos 12 años de edad; o (b) estoy autorizado/a para otorgar el consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por este medio otorgo mi consentimiento para que el Departamento de Salud del condado Howard (HCHD) administre la vacuna contra la COVID-19.
- Entiendo que este producto no ha sido aprobado ni autorizado por La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), pero ha sido autorizado por la FDA para uso de emergencia en virtud de una Autorización para Uso de Emergencia (EUA) para prevenir la Enfermedad del Coronavirus (COVID-19), para su uso en personas de 12 de años de edad en adelante; y el uso de emergencia de este producto solo está autorizado durante la vigencia de la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización de dicho uso de urgencia del medicamento en virtud de la Sección 564(b)(1) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (FD&C Act), a menos que se termine la declaración o se revoque antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas a la administración de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la vacuna mencionada anteriormente y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja informativa de Uso de Emergencia sobre la vacuna contra la COVID-19 que he elegido recibir. Doy fe de que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que me respondieron dichas preguntas de forma satisfactoria. También entiendo la necesidad de continuar con el distanciamiento total y el uso de mascarillas luego de recibir la vacunación contra la COVID-19.
- Reconozco que se me ha aconsejado que permanezca cerca del centro de la vacunación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración para observación, y posiblemente hasta 30 minutos si un profesional médico lo considera necesario. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- Elijo voluntariamente recibir la vacunación contra la COVID-19 en HCHD luego de considerar detenidamente los riesgos y los beneficios.
- Entiendo que las vacunaciones contra la COVID-19 brindadas en HCHD serán rastreadas e informadas a ImmuNet y según lo requiera el gobierno local, estatal y federal.

Firma del Padre/Madre/Guardián o del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre del Representante y su relación con la Persona que Recibe la Vacuna: _____