

Formulario de detección y consentimiento de inmunización a la COVID-19*

Nombre del beneficiario (letra imprenta)		Nombre preferido		
Fecha de nacimiento	Identidad de género actual Haga clic aquí para elegir Leyenda: W: mujer/niña TW: mujer/niña transgénero M: hombre/niño TM: hombre/niño NB: persona no binaria GNC: género no conforme transgénero Q: no está seguro/tiene dudas NR: no contesta GNL: género no incluido (escribirlo) *Pronombres de género: escríbalos junto al nombre del cliente			
Sexo asignado en el nacimiento Haga clic aquí para elegir M: masculino F: femenino I: intersexualidad NR: No contesta SNL: Orientación sexual no incluida en la lista (escribirla)		Estado civil Haga clic aquí para elegir S: soltero/a D: divorciado/a M: casado/a W: viudo/a V – Unión civil U: desconocido SEPARADO: separado/a legalmente CONVIVIENTE: compañero/a de vida		
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de correo electrónico
Padre/guardián/sustituto (si corresponde, letra imprenta)		Teléfono		Idioma preferido
Etnia Haga clic aquí para elegir DECL: no contesta HIS: origen hispanico NHL: origen no hispanico UNK: desconocido	Raza Haga clic aquí para elegir Leyenda 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			
Nombre del seguro primario	Número de Identificación del seguro primario		Nombre del suscriptor/ fecha de nacimiento	Relación del suscriptor con el paciente
Dirección del seguro primario	Número de grupo del seguro primario		Número de teléfono del seguro primario	
Nombre del seguro secundario	Número de identificación del seguro secundario		Nombre del suscriptor/ fecha de nacimiento	Relación del suscriptor con el paciente
Dirección del seguro secundario	Número de grupo del seguro secundario		Número de teléfono del seguro secundario	
Clínica/oficina donde se aplica 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.	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 aíse en casa debido a una infección por COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
3.	En los últimos 10 días, ¿algún proveedor de atención médica o departamento de salud le han informado que realice cuarentena en su casa debido a exposición a la COVID-19 o un viaje?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
4.	¿Ha realizado tratamiento con terapia de anticuerpos o plasma convaleciente contra la 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 sabe
5.	¿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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
6.	¿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 su vacuna más reciente?</i> Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
7.	¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
8.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, un historial de enfermedades autoinmunes o cualquier otra afección que debilite el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
9.	¿Toma algún medicamento que afecte a su sistema inmunitario, como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos anticancerígenos, o ha tenido algún tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
10.	¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
11.	¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna contra la COVID-19?	Haga clic aquí para elegir	<input type="checkbox"/> No	Fecha: _____ (si corresponde)

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.

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. 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
impresa

Relación con el paciente, en caso de
que no sea el destinatario

0

Firma: Intérprete

Fecha y hora

Letra imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente

El área a continuación debe ser completada por el vacunador

¿Qué vacuna recibe el paciente hoy?

Nombre de la vacuna	Aplicación		Fecha de la hoja informativa de EUA	Fabricante y número de lote
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Moderna	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Janssen	<input type="checkbox"/> Dosis única			

Sitio de aplicación Deltoides izquierdo Deltoides derecho Muslo izquierdo Muslo derecho

Dosificación 0,5 ml 0,3 ml

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

Firma del vacunador: _____

*** El uso de este formulario es opcional.**