



**Formulario de evaluación y consentimiento para la vacunación COVID-19**

Nombre del beneficiario (en letra de imprenta)			Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Código postal	Número de teléfono
<b>Estado de la vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Propio/Alquiler <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Duplicación <b>Vivienda Pública /Sección 8:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Rechazar <input type="checkbox"/> Interrogatorio <input type="checkbox"/> No binario/Genderqueer	<b>Identidad/orientación sexual</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual/Recto <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana <input type="checkbox"/> Rechazar <input type="checkbox"/> Bisexual/Pansexual <input type="checkbox"/> Algo más	<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Raza múltiple <input type="checkbox"/> Otro
<b>Origen étnico</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latinx <input type="checkbox"/> No Hispano/Latinx <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Rechazar		<b>Proveedor de atención primaria:</b>	<b>¿Es usted un estatus de trabajador migrante?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> migratorio <input type="checkbox"/> estacional <b>¿Es usted un Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Idioma preferido:</b>	<b>Seguro Médico:</b> <input type="checkbox"/> Mass Health <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare & Medicaid <input type="checkbox"/> No Insurance <input type="checkbox"/> Health Safety Net (HSN) <input type="checkbox"/> Private: _____		
<b>País de nacimiento:</b>	<b>ID del Plan Number:</b>		

Detección previa a la vacunación				Si	No	No Sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?</li> </ul> <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Other				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).						
- Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes:						
▪ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (ver Pregunta #3)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Marque todo lo que corresponda:						
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.						
<input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.						
<input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.						
<input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.						
<input type="checkbox"/> Tengo el sistema inmunitario debilitado (ejemplo, infección por el VIH, cáncer).						
<input type="checkbox"/> Uso medicamentos o terapias inmunodepresores						
<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.				<input type="checkbox"/> Un hombre entre las edades de 12 y 29 años		
<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (blood thinner).				<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis		
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparin (HIT).						
<input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente.						
<input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico (dermal fillers).						



**Autorización de uso de emergencia** La FDA ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo una EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y en la totalidad de la evidencia científica disponible, mostrando 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 vacuna COVID-19. Yo entiendo que las vacunas (Pfizer / Moderna) requieren múltiple dosis y refuerzos para ser más efectiva. Janssen requiere una dosis boosters para ser más efectiva. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción (y me aseguré de que la persona nombrada arriba para la que estoy autorizado a dar el consentimiento sustituto también tuviera la oportunidad de hacer preguntas). Comprendo los beneficios y los riesgos de la vacunación tal y como se describen.

Existe una remota posibilidad de que la vacuna pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave suele producirse entre unos minutos y una hora después de recibir la inyección. Por este motivo, se le vigilará después de la vacunación durante 15 a 30 minutos, dependiendo de su historial médico.

Solicito que se me administre la vacuna COVID-19 (o a la persona nombrada anteriormente para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud y proporcionar el consentimiento sustituto). Entiendo que esta vacuna no tendrá ningún costo para mí. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por la administración de la vacuna será asignado y transferido al proveedor de la vacunación, incluyendo los beneficios/montos de mi plan de seguro médico, Medicare, Medicaid u otros terceros que sean financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluyendo, pero no limitado a los registros médicos, copias de reclamaciones y facturas detalladas) para verificar el pago y según sea necesario para otros fines de salud pública, incluyendo la presentación de informes a los registros de vacunas aplicables.

Firma del Beneficiario/Tutor

(Relación con el paciente)

Fecha

Area Below to be Completed by Vaccinator

Which vaccine is the patient receiving today?

Vaccine Name	Administration				Fact Sheet	Lot Number & Expiration Date
Pfizer (Comirnaty)	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	<input type="checkbox"/> Additional	<input type="checkbox"/> Bivalent	3/29/2022 08/31/2022	
Pfizer-BioNTech 6mo – 4yrs	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> 2nd Dose	<input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> Dose		6/28/2022	
Pfizer-BioNTech 5yrs – 11yrs	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	<input type="checkbox"/> Booster	<input type="checkbox"/> Bivalent	8/31/2022	
Moderna (Spikevax)	<input type="checkbox"/> 1st Dose	<input type="checkbox"/> 2nd Dose	<input type="checkbox"/> Additional	<input type="checkbox"/> Bivalent (6 and older)	3/29/2022 8/31/2022	

Administration Site

Left Deltoid     Right Deltoid     Left Thigh     Right Thigh

Dosage

0.5 ml     0.3 ml     0.25 ml     0.20 ml

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: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_