



Formulario de evaluación y consentimiento para la vacunación COVID-19

Nombre del beneficiario (en letra de imprenta)		Número de Seguro Social	
Fecha de nacimiento	Género	Correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Padre/tutor (si corresponde, escriba en letra de imprenta)			Número de teléfono
Idioma preferido			
Compañía y número de seguro		Médico de cabecera Dirección/Número de teléfono (SI NO ES CHC)	

Cuestionario de detección

1.	¿Se siente mal hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2.	En los últimos 10 días, ¿se ha sometido a una prueba de COVID-19 o un proveedor de atención médica o un departamento de salud le ha indicado que se aíse o se ponga en cuarentena en casa debido a una infección o exposición a COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí (No se puede vacunar)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3.	¿Ha sido tratado con terapia de anticuerpos para COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)? <i>En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última dosis?</i>	<input type="checkbox"/> Sí (No se puede vacunar)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave o potencialmente mortal, como urticaria, ronchas o dificultad para respirar, a alguna vacuna o inyección?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los siguientes productos: polietilenglicol (PEG), dimiristal glicerol (DMG), distearoyl-sn-glicero-3-fosfolina (DSPC), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato de sodio, sacarosa? (que se encuentra en algunos laxantes y medicamentos para la colonoscopia)	<input type="checkbox"/> Sí (No se puede vacunar)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6.	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días (2 semanas), incluyendo la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/> Sí (No se puede vacunar)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7.	¿Está embarazada o piensa quedarse embarazada? (Consulte con su médico)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, antecedentes de enfermedades autoinmunes o cualquier otra enfermedad que debilite el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé*
9.	¿Toma algún medicamento que afecte a su sistema inmunitario, como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha recibido algún tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé*
10.	¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando algún anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
11.	¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> J & J (Janssen) <input type="checkbox"/> Astra-Zeneca <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Proporcione instrucciones escritas de su médico sobre las complicaciones para que el personal de enfermería las evalúe durante la observación posterior a la vacunación. (No es necesario para pacientes de CHC o quien va a recibir la 2ª dosis)



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. Entiendo que si esta vacuna requiere dos dosis, será necesario administrar (dar) dos dosis de esta vacuna para que sea 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.

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

El área de abajo debe ser completada por el vacunador

¿Qué vacuna está recibiendo el paciente hoy?

Nombre de la vacuna	Administración		Fecha de datos EUA	Número de lote y fecha de vencimiento
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> 1ª dosis	<input type="checkbox"/> 2ª dosis		
Moderna	<input type="checkbox"/> 1ª dosis	<input type="checkbox"/> 2ª dosis	12/2020	
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> 1ª dosis	<input type="checkbox"/> 2ª dosis		
Janssen (J & J)	<input type="checkbox"/> Dosis única			

Sitio de administración

Deltoides izquierdo Deltoides derecho Muslo izquierdo Muslo derecho Nasal

Dosificación

0.5 ml 0.25ml

He revisado los efectos secundarios con el paciente (y con sus padres, tutor o sustituto, según corresponda)

Confirmando que el paciente (y su sustituto, si corresponde) ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacunación, y que todas las preguntas que ha hecho (y/o su sustituto) han sido contestadas correctamente y de la mejor manera posible.

Firma del Vacunador: _____ Fecha: _____ rev2/2020