



# Formulario de detección para consentimiento de inmunización contra el COVID-19 (letra imprenta)

Nombre del beneficiario: Nombre Preferido: Pronombres de género:

Fecha de Nacimiento: Email Dirección: Idioma preferido:

Dirección: Ciudad / Estado / Código Postal:

Número de Teléfono: Padre / Guardián / Sustituto si es menor de 18 años

Table with 2 columns: Sexo asignado al nacimiento and Identidad de género actual. Includes legends for M, W, I, NR and W, TW, NB, Q.

Table with 2 columns: Etnia and Raza. Includes legends for DECL, HIS, NHL, UNK and AIA, BAA, NHP, OTH.

Nombre del seguro primario: Número de Identificación del seguro primario: Si no tiene seguro número de seguridad social:

Es usted: (marque todo lo que aplica) [ ] viviendo en vivienda pública [ ] trabajo migratorio [ ] sin hogar

## Cuestionario de Detección

- 1. ¿Se siente mal hoy? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
2. En los últimos 10 días, ¿se ha realizado una prueba de la COVID-19...? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
3. ¿Ha realizado tratamiento con terapia de anticuerpos...? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata...? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
5. ¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
6. ¿Está usted inmunodeprimido moderada o gravemente...? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
7. ¿Tiene un trastorno hemorrágico...? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
8. ¿Tiene antecedentes de miocarditis...? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
9. ¿Ha recibido 2 dosis de la vacuna Pfizer o Moderna...? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
10. ¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna Janssen...? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
11. If you had a previous dose of Janssen... did you develop thrombosis...? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe
12. ¿Ha recibido una dosis anterior de una vacuna COVID-19 autorizada...? [ ] Sí [ ] No [ ] No Sabe

\*Las preguntas 6 se refieren a la elegibilidad de la tercera dosis (al menos 28 días después de la segunda dosis)

\*Las preguntas 9-12 se refieren a la elegibilidad de la dosis de refuerzo



**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. Tenga en cuenta: la FDA aprobó la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 como una serie de dos dosis en personas de 16 años o más. La vacuna sigue estando disponible bajo un EUA para ciertas poblaciones, incluso para aquellas personas de 5 a 15 años de edad y para la administración de una tercera dosis en las poblaciones establecidas en la sección de consentimiento a continuación.

**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, necesitare que me apliquen (den) dos dosis de esta vacuna a fin de que sea efectiva. Además, entiendo que se puede recomendar una tercera dosis de mi vacuna ("refuerzo") para recibir al menos 6 meses después de la segunda dosis.

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

**El área a continuación debe ser completada por el vacunador**

| Vaccine Name        | Administration  | EUA Fact Sheet Date | Manufacturer & Lot # |
|---------------------|---|---------------------|----------------------|
| Pfizer / BioNTech   | <input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Second Dose <input type="checkbox"/> Third Dose <input type="checkbox"/> Booster Dose    |                     |                      |
| Moderna             | <input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Second Dose <input type="checkbox"/> Third Dose <input type="checkbox"/> Booster Dose    |                     |                      |
| Janssen             | <input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Booster Dose   |                     |                      |
| Administration Site | <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Thigh <input type="checkbox"/> Right Thigh |                     |                      |
| Dosage              | <input type="checkbox"/> 0.5 ml <input type="checkbox"/> 0.3 ml <input type="checkbox"/> 0.25 ml <input type="checkbox"/> 0.2 ml                      |                     |                      |

I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

PLACE Rx LABEL HERE

\_\_\_\_\_  
**Signature, Vaccinator**