

DOCUMENTOS/FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA CONTRA COVID-19.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA: Me han entregado una copia y leí, o me explicaron, la información contenida en la FICHA INFORMATIVA DE LA AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) PARA RECEPTORES Y CUIDADORES relacionada con la vacuna marcada a continuación. Solicito que se me apliquen las siguientes vacunas, a mí o a la persona nombrada a continuación para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud, y autorizo la divulgación de los registros de vacunación de dicho paciente a cualquier escuela, departamento de salud u otro proveedor de atención médica. Esta autorización permanecerá vigente hasta que se revoque por escrito en cualquier momento, según lo dispuesto en el Aviso de prácticas de privacidad del condado de Sedgwick.

RECONOCIMIENTO DE "AVISO" DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Yo reconozco que se ha puesto a mi disposición una copia del "Aviso" de Prácticas de Privacidad del Condado de Sedgwick, con fecha de entrada en vigor el 12 de febrero de 2020.

El Departamento de Salud del condado de Sedgwick administrará la vacuna contra COVID-19 sin importar la capacidad del receptor de la vacuna para pagar los honorarios de administración de la VACUNA contra COVID-19 o el estatus de la cobertura de su plan de salud. Al firmar abajo usted acepta toda la información proporcionada en las primeras cuatro secciones de este formulario.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra COVID-19 de Pfizer BioNTech | <input type="checkbox"/> Refuerzo contra COVID-19 de Pfizer BioNTech |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra COVID-19 de Moderna | <input type="checkbox"/> Refuerzo contra COVID-19 de Moderna |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra COVID-19 de Janssen (J&J) | <input type="checkbox"/> Refuerzo contra COVID-19 de Janssen (J&J) |

Firma del Cliente/Representante del cliente Fecha

Marque esta casilla si el cliente es menor de 18 años y el padre/tutor otorga su consentimiento verbal (no se necesita la firma para el consentimiento verbal).

Parentesco con el cliente: El cliente Padre Tutor Cónyuge

CLIENT INFORMATION

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Marital Status: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: Mujer Hombre

Seleccione todos los que le correspondan:

Raza: Blanco Negro / Afroamericano Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Prefiere identificarse a sí mismo: _____

Idioma: Inglés Español Vietnamita Otro Origen Etnico: Hispano o Latino no Hispano o Latino

Dirección: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No Autorización para comunicación Llamada Mensaje Correo Elec. Correo Post.

Información familiar/del tutor (Obligatorio si el cliente es menor de 18 años)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial SN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

La siguiente información debe ser completada únicamente por el personal

VACUNA	MVX	CVX	LOTE #	FECHA VENC.	DOSIS
<input type="checkbox"/> COVVM – de Moderna, Vacuna contra COVID-19, 100mcg/0.5mL –	MOD	207			<input type="checkbox"/> 1ª dosis <input type="checkbox"/> 2ª dosis
<input type="checkbox"/> COVVM – de Moderna, Refuerzo contra COVID-19, 50mcg/0.25mL -					<input type="checkbox"/> 3ª dosis <input type="checkbox"/> Refuerzo
<input type="checkbox"/> Pfizer – Vacuna contra COVID-19, 30 mcg/0.3mL -	PFR	208			<input type="checkbox"/> 1ª dosis <input type="checkbox"/> 2ª dosis <input type="checkbox"/> 3ª dosis <input type="checkbox"/> Refuerzo
<input type="checkbox"/> JANSSEN – J&J, Vacuna contra COVID-19, 0.5mL - 5×10 ¹⁰ partículas virales -	JSN	212			<input type="checkbox"/> 1ª dosis <input type="checkbox"/> 2ª dosis <input type="checkbox"/> 3ª dosis <input type="checkbox"/> Refuerzo
<input type="checkbox"/> Pfizer – Pediátrica, Vacuna contra COVID-19, 10mcg/0.2mL	PFR	208			<input type="checkbox"/> 1ª dosis <input type="checkbox"/> 2ª dosis <input type="checkbox"/> 3ª dosis <input type="checkbox"/> Refuerzo

FECHA	HORA	EXT	CENTRO	RUTA	TIEMPO DE OBSERVACIÓN
		<input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Deltoides (Preferido) <input type="checkbox"/> Vasto lateral	Intramuscular (IM)	<input type="checkbox"/> 15 MINUTOS <input type="checkbox"/> 30 MINUTOS

Firma de quién administró la vacuna

Fecha

Printed Name & Title of Vaccine Administrator

Iniciales del Especialista de Registro:

Iniciales del digitador: _____

Lista de verificación antes de la administración de la vacuna contra COVID-19



Para quienes van a vacunarse:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna contra COVID-19 el día de hoy. **Si su respuesta es "sí" a cualquiera de las preguntas, no necesariamente significa que no debe vacunarse.** Solo significa que se le pueden hacer más preguntas. Si una pregunta no es clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre: _____

Edad: _____

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo(a) el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna contra COVID-19? Si la respuesta es sí, ¿qué vacuna recibió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>1ª dosis</u>	<u>2ª dosis</u>	<u>3ª dosis</u>
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____
Fabricante: _____	Fabricante: _____	Fabricante: _____
Número de lote: _____	Número de lote: _____	Número de lote: _____
Clínica que la administró: _____	Clínica que la administró: _____	Clínica que la administró: _____

3. ¿Tiene una afección o está recibiendo algún tratamiento que comprometa moderada o gravemente su sistema inmunitario? <i>(Esto incluiría tratamiento de cáncer o VIH, recepción de trasplante de órganos, terapia inmunosupresora o dosis altas de corticosteroides, terapia de células CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas [HCT], síndrome DiGeorge o síndrome Wiskott-Aldrich)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha recibido un trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o terapia con células CAR-T desde que se vacunó contra el COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: <i>(Esto incluye reacción alérgica grave [p. ej.: anafilaxia] que debió ser tratada con epinefrina o EpiPen®, o bien por la que tuvo que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que le causó urticaria, hinchazón, dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).</i>			
• Un componente de la vacuna contra COVID-19, incluyendo cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas y esteroides intravenosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Una dosis anterior de la vacuna contra COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (diferente a la de COVID-19) o un medicamento inyectable? <i>(Esto incluye reacción alérgica grave [p. ej.: anafilaxia] que debió ser tratada con epinefrina o EpiPen®, o bien por la que tuvo que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que le causó urticaria, hinchazón, dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Marque todas las que apliquen a usted:	
<input type="checkbox"/> Soy mujer entre 18 y 49 años	<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico
<input type="checkbox"/> Soy hombre entre 12 y 29 años	<input type="checkbox"/> Tomo anticoagulantes
<input type="checkbox"/> Tengo historial de miocarditis o pericarditis	<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT)
<input type="checkbox"/> He recibido tratamiento con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente para prevenir o tratar COVID-19.	<input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando
<input type="checkbox"/> Se me diagnosticó síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A, en inglés) después de la infección por COVID-19	<input type="checkbox"/> He recibido rellenos dérmicos
	<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de síndrome de Guillain-Barré (GBS)

Formulario revisado por _____

Fecha _____

Adaptado con la apreciación de la lista de revisión de detección de la Coalición de Acción para la Vacunación (Immunization Action Coalition-IAC)