



Formulario de selección y consentimiento para inmunización contra COVID-19: *Niños y adolescentes de 6 meses a 11 años de edad

Nombre del receptor (en letra de molde)		Nombre preferido	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Idioma preferido	
Padre/Madre/Tutor/Suplente (si corresponde, en letra de molde)		Teléfono	
Fecha de nacimiento	Identidad de género actual Clave: W – Mujer/niña TW –Mujer/niña transgénero M – Hombre/niño Indique la identidad abajo: TM – Hombre/niño transgénero NB – Persona no binaria GNC – Género no conforme <input type="checkbox"/> Q – Inseguro/En cuestionamiento NR – Decidió no responder GNL - El género no está en la lista (escribirlo) * Pronombres de género: escribir junto al nombre del cliente		
Sexo asignado al nacer Clave: Indique el sexo abajo: M – Masculino F – Femenino <input type="checkbox"/> I – Intersexual NR – Decidió no responder	Estado civil Clave: S – Soltero D – Divorciado M – Casado Indique su estado civil abajo: W – Viudo V – Unión civil <input type="checkbox"/> U – Desconocido SEPARATED – Legalmente separado PARTNER – Pareja estable		
Grupo étnico Clave: DECL – Se negó a responder Indique el grupo étnico abajo: HIS – Origen hispano <input type="checkbox"/> NHL – Origen no hispano UNK – Desconocido	Raza Clave: AIA – Indígena americano o de Alaska ASN – Asiático Indique su raza abajo: BAA – Afroamericano o negro DECL – Se negó a responder <input type="checkbox"/> NHP – Nativo de Hawaii o isleño del Pacífico WHT – Blanco OTH – Otro o multirracial		
Nombre del seguro primario	N.º de ID del seguro primario	Nombre y fecha de nacimiento del suscriptor	Relación del suscriptor con el paciente
Dirección del seguro primario	N.º de grupo del seguro primario	N.º de teléfono del seguro primario	
Nombre del seguro secundario	N.º de ID del seguro secundario	Nombre y fecha de nacimiento del suscriptor	Relación del suscriptor con el paciente
Dirección del seguro secundario	N.º de grupo del seguro secundario	N.º de teléfono del seguro secundario	
Clinica o consultorio en donde se aplica la vacuna	Dirección y número de teléfono del médico de atención primaria		

Cuestionario de selección

1.	¿Tiene entre 6 meses y 11 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2.	¿Tiene algún síntoma hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
3.	En los últimos 10 días, ¿se ha realizado una prueba de COVID-19 porque ha tenido síntomas y aún está esperando los resultados, o algún proveedor de atención médica o un departamento de salud le indicaron que se aísle o esté en cuarentena en casa debido a una infección por COVID-19 o una exposición a la misma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4.	¿Ha sido tratado con terapia con anticuerpos o plasma de una persona convaleciente de COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)? Si contestó que sí, ¿cuándo recibió la última dosis? Fecha: _	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica inmediata (por ejemplo, urticaria, hinchazón facial, dificultad para respirar, anafilaxia) a alguna vacuna, inyección o dosis a algún componente de la vacuna COVID-19, o una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/sida o cualquier otra afección que debilite el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7.	¿Toma algún medicamento que afecte a su sistema inmunitario, como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha recibido algún tratamiento con radiación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8.	¿Tiene algún trastorno de la coagulación, antecedentes de coágulos sanguíneos, o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
9.	¿Tiene antecedentes de miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación de la membrana que rodea el corazón)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
10.	¿Tiene antecedentes de MIS-C (síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
11.*	¿Ha recibido una dosis previa de la vacuna de Pfizer, Moderna o Janssen?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> Fecha: (si corresponde)

12.**	¿Tiene entre 5 y 11 años de edad y recibió 2 dosis de la vacuna Pfizer o Moderna y recibió la segunda dosis hace por lo menos 2 meses, O tiene entre 6 meses y 4 años de edad y recibió 2 dosis de la vacuna Moderna, y recibió la segunda dosis hace por lo menos 2 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha: (si corresponde)
13.	¿Ha recibido una dosis previa de una vacuna contra la COVID-19 reconocida por la OMS pero NO por la FDA (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm / BIBP, Covaxin, Serum Institute of India - NUVAXOVID o CanSino Biologics - Convidecia)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

*La pregunta 11 se refiere solamente al esquema primario. Nota: los niños que reciban Pfizer entre los 6 meses y los 4 años de edad necesitan un esquema primario de 3 dosis, 2 dosis de monovalente y 1 dosis de bivalente.

**La pregunta 12 se refiere a la elegibilidad para la dosis de refuerzo. Nota: los niños de 6 meses a 4 años de edad que recibieron Pfizer en el esquema primario no son elegibles para recibir ningún tipo de refuerzo por ahora. Los niños de 6 meses a 4 años de edad que recibieron Moderna en su esquema primario solamente son elegibles para un refuerzo de Moderna bivalente.

Autorización de uso de emergencia

La FDA ha puesto disponible la vacuna contra el COVID-19 mediante una autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés). La EUA se usa cuando existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de fármacos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia por COVID-19. Esta vacuna no se ha sometido al mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de permitir la disponibilidad de la vacuna se fundamenta en la totalidad de las evidencias científicas disponibles, que muestran que los beneficios confirmados y potenciales de la vacuna superan sus riesgos confirmados y potenciales. Recuerde: La FDA aprobó la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech en un esquema de dos dosis para personas de 12 años de edad o más; y aprobó la vacuna contra el COVID-19 de Moderna en un esquema de dos dosis para personas de 18 años de edad o más. Estas vacunas siguen disponibles mediante una EUA para ciertas poblaciones, incluyendo a la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech para las personas de 6 meses a 11 años de edad y la vacuna contra el COVID-19 de Moderna para las personas de 6 meses a 17 años de edad, y para la aplicación de una tercera dosis en las poblaciones que se establecen en la sección de consentimiento, a continuación.

Consentimiento

He leído, o me han explicado, la hoja informativa referente a la vacuna contra el COVID-19. Entiendo que si mi vacuna requiere dos dosis, necesitaré recibir dos dosis para que se considere que estoy totalmente vacunado. Además, entiendo que se recomienda una dosis de refuerzo de vacuna contra la COVID-19 para las personas de 6 meses a 4 años de edad que recibieron moderna en su esquema primario y a quienes tienen 5 años de edad o más por lo menos 2 meses después de concluir un esquema de vacunación primaria contra la COVID-19 o de recibir una dosis de refuerzo monovalente para aumentar mi protección. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción (y me aseguré de que la persona arriba mencionada, en cuyo nombre puedo dar autorización, también tenga la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación que me han descrito.

Solicito que la vacuna contra el COVID-19 me sea aplicada (o le sea aplicada a la persona arriba mencionada en cuyo nombre puedo hacer esta solicitud y dar consentimiento). Entiendo que esta vacuna no tendrá costo para mí. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por la aplicación de la vacuna será cedido y transferido al proveedor de la vacuna, incluyendo los beneficios y el dinero de mi plan de salud, de Medicare o de otros terceros que tengan la responsabilidad financiera por mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluyendo, entre otra, de mis registros médicos, copias de reclamaciones y facturas desglosadas) para verificar el pago y cuando sea necesaria para otros fines de salud pública, que incluyen hacer informes a los registros de vacunación aplicables.

Firma del Receptor/Sustituto/Tutor Fecha / Hora Nombre en letra de molde Relación con el paciente (si no es el receptor)

N.º de ID del intérprete telefónico Fecha / Hora

O

Firma: Intérprete Fecha/Hora Nombre del intérprete y relación con el paciente (en letra de molde)

La parte de abajo debe ser llenada por el proveedor de la vacuna

¿Qué vacuna recibió el paciente hoy?

Nombre de la vacuna	Aplicación				Fabricante y n.º de lote	Fecha de la hoja informativa de la EUA
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis	<input type="checkbox"/> Tercera dosis bivalente (6 meses a 4 años)	<input type="checkbox"/> Refuerzo bivalente (5 años–11 años)		
Moderna	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis	<input type="checkbox"/> Refuerzo bivalente (6 meses–11 años)			
Lugar de aplicación	<input type="checkbox"/> Deltoides izquierdo	<input type="checkbox"/> Deltoides derecho	<input type="checkbox"/> Muslo izquierdo	<input type="checkbox"/> Muslo derecho		
Dosis	<input type="checkbox"/> 0.2 ml	<input type="checkbox"/> 0.25 ml	<input type="checkbox"/> 0.3 ml	<input type="checkbox"/> 0.5 ml		

He proporcionado al paciente (y a sus padres, tutores o representantes, según corresponda) la información sobre la vacuna, y se obtuvo su consentimiento para la vacuna.

Firma de quien aplica la vacuna: _____

* El uso de este formulario es opcional.

Actualizado el 20 de diciembre de 2022