



## Formulario de selección y consentimiento para vacunación contra la COVID-19 para personas con inmunodepresión de moderada a grave

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 <b>Clave:</b> 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="text"/> 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 <b>Clave:</b> Indique el sexo abajo: M – Masculino F – Femenino <input type="text"/> I – Intersexual NR – Decidió no responder		Estado civil <b>Clave:</b> S – Soltero D – Divorciado M – Casado Indique su estado civil abajo: W – Viudo V – Unión civil <input type="text"/> U – Desconocido SEPARATED – Legalmente separado PARTNER – Pareja estable	
Grupo étnico <b>Clave:</b> DECL – Se negó a responder Indique el grupo étnico abajo: <input type="text"/> HIS – Origen hispano NHL – Origen no hispano UNK – Desconocido		Raza <b>Clave:</b> AIA – Indígena americano o de Alaska ASN – Asiático Indique su raza abajo: BAA – Afroamericano o negro DECL – Se negó a responder <input type="text"/> 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
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
Dirección del seguro secundario		N.º de grupo del seguro secundario	N.º de teléfono del seguro secundario
Clínica o consultorio en donde se aplica la vacuna		Dirección y número de teléfono del médico de atención primaria	

### Cuestionario de selección

1.	¿El día de su cita tendrá usted menos de 6 meses de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2.	¿Tiene algún síntoma hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
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)? <i>Si contestó que sí, ¿cuándo recibió la última dosis?</i> 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.	¿Está usted embarazada o está planeando un embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

7.	¿Tiene inmunodepresión moderada o grave debido a uno o más de los trastornos médicos o a la recepción de medicamentos o tratamientos inmunodepresores que se mencionan a continuación? 1) Tratamiento activo de tumores sólidos y neoplasias hematológicas, 2) Recepción de trasplante de órganos sólidos y administración de terapia inmunodepresora, 3) Recepción de trasplantes de células CAR-T o de células madre hematopoyéticas (dentro de un plazo de 2 años del trasplante o la terapia inmunodepresora), 4) Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (por ejemplo, síndrome de Di George, síndrome de Wiskott-Aldrich), 5) Infección por VIH avanzada o sin tratar, 6) Tratamiento activo con altas dosis de corticoesteroides (por ejemplo, 20 mg de prednisona o su equivalente por día), agentes alquilantes, antimetabolitos, fármacos inmunodepresores relacionados con un trasplante, agentes de quimioterapia contra el cáncer clasificados como inmunodepresores intensos, bloqueadores del factor de necrosis tumoral (TNF) y otros agentes biológicos que son inmunosupresivos o inmunomoduladores.	<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.	¿Ha padecido síndrome de Guillain-Barré después de recibir la vacuna de Janssen?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
11.	¿Tiene antecedentes de MIS-C o MIS-A (síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico o síndrome inflamatorio multisistémico en adultos)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
12.*	¿Tiene entre 6 meses y 4 años de edad y recibió 2 dosis de la vacuna Moderna hace por lo menos 28 días, O tiene 5 años de edad o más y recibió 2 dosis de las vacunas contra la COVID-19 de Pfizer o Moderna y recibió su última dosis hace por lo menos 28 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
13.*	¿Tiene 18 años de edad o más y ha recibido una dosis previa de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen (Johnson & Johnson) hace 28 días o más?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
14.**	¿Tiene de 6 meses a 4 años de edad y recibió 3 dosis de la vacuna Moderna, y recibió la tercera dosis hace por lo menos 2 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____ Fecha: (si corresponde)
15.**	¿Tiene 5 años de edad o más y ha recibido 3 dosis de la vacuna de Moderna o Pfizer, O 2 dosis de la vacuna Novavax, O una dosis de refuerzo previa, y recibió su última dosis hace por lo menos 2 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____ Fecha: (si corresponde)
16.**	¿Ha recibido 2 dosis de una vacuna contra la COVID-19 de Janssen (Johnson & Johnson) o una dosis de Janssen (Johnson & Johnson) seguida por una vacuna de ARNm (Pfizer o Moderna) y su última dosis se le administró hace al menos 2 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____ Fecha: (si corresponde)
17***	¿Tiene 18 años de edad o más y ha recibido 3 dosis de la vacuna de Moderna o Pfizer, o 2 dosis de la vacuna Novavax, o 2 dosis de una vacuna contra la COVID-19 de Janssen y recibió su última dosis hace por lo menos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____ Fecha: (si corresponde)
18.	¿Ha recibido una o varias dosis previas de una vacuna contra la COVID-19 no autorizada ni aprobada por la FDA (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm/BIBP, COVAXIN, Nuvaxovid, COVOVAX o CanSino Biologics- Convidecia)? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

\*Las preguntas 12 y 13 se refieren solamente a la elegibilidad para un esquema primario adicional. Nota: los niños de 6 meses a 4 años de edad que recibieron Pfizer reciben un esquema primario de 3 dosis y no son elegibles para recibir una 4.ª dosis adicional, sin importar su estado de inmunodepresión.

\*\*Las preguntas 14, 15 y 16 se refieren a la elegibilidad para dosis de refuerzo bivalentes para quienes han completado un esquema primario de la vacuna Pfizer, Moderna, Novavax o Janssen o para quienes han recibido una dosis de refuerzo monovalente anteriormente. Nota: los niños de 6 meses a 4 años de edad que recibieron Pfizer no son elegibles para recibir una dosis de refuerzo.

\*\*\*La pregunta 17 se refiere a las personas que solicitan la vacuna Novavax como dosis de refuerzo y que aún no han recibido una dosis de refuerzo inicial, y que de otra manera no la recibirían.

1 Como se establece en la [Instrucción de uso de emergencia \(EUI\) de los CDC](#), "una vacuna contra la COVID-19 no autorizada ni aprobada por la FDA incluye a las vacunas "indicadas para uso de emergencia por la Organización Mundial de la Salud, o que están incluidas en las Instrucciones técnicas de los CDC para implementar la proclamación presidencial que promueve la reanudación segura de los viajes globales durante pandemia de COVID-19, o la orden de los CDC, o que forman la parte que no es placebo de un ensayo clínico dentro o fuera de Estados Unidos que es de una vacuna contra la COVID-19 de la EUL de la OMS, o que es una vacuna no indicada por la OMS para uso de emergencia, pero cuya eficacia ha sido confirmada de manera independiente por una junta de vigilancia de datos y seguridad o un organismo equivalente en Estados Unidos (en lo sucesivo, 'vacunas contra la COVID-19 no autorizadas ni aprobadas por la FDA')".

## 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. La vacuna contra la COVID-19 de Janssen (Johnson & Johnson) está autorizada con una EUA para personas de 18 años de edad o más. La vacuna contra la COVID-19 Novavax está autorizada con una EUA para las personas de 12 años de edad o más. Nota: 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 15 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.

## Instrucción para uso de emergencia

Las instrucciones para uso de emergencia (EUI, por sus siglas en inglés) son emitidas por los CDC para proporcionar información sobre el uso de emergencia de los productos médicos aprobados por la FDA que puede no estar incluida en la información del etiquetado aprobado por la FDA (prospecto del paquete) o que puede diferir de alguna manera de ella. La vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una vacuna contra el COVID-19 aprobada por la FDA (nombre comercial, Comirnaty, ARNm) para prevenir el COVID-19 en personas de 12 años de edad o más. Los CDC emiten la EUI para proporcionar información sobre el uso de esta vacuna como una dosis primaria adicional en ciertas personas inmunocomprometidas (mayores de 12 años de edad) y como una dosis de refuerzo en ciertos adultos (mayores de 18 años de edad) que recibieron cierta **vacuna contra el COVID-19 no autorizada ni aprobada por la FDA** (por ejemplo, ciertas vacunas disponibles fuera de Estados Unidos o durante la participación en ensayos clínicos).

## Consentimiento

Por este medio certifico, bajo pena de ley, que tengo la edad apropiada y, si corresponde, inmunodepresión (por ejemplo, depresión inmunitaria de moderada a grave debido a un trastorno médico o a la recepción de medicamentos o tratamientos inmunodepresores) según lo autorizado por una EUA o de acuerdo con una EUI, según corresponda, por lo que puedo recibir esta vacuna, o bien la persona por quien tengo autorización legal para tomar decisiones médicas tiene una edad apropiada y, si corresponde, inmunodepresión según lo autorizado por una EUA o de acuerdo con una EUI, según corresponda, por lo que puede recibir esta vacuna. 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.

---

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

---

N.º de ID del intérprete telefónico    Fecha / Hora

**O**

---

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

**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 (6 meses - ≤ 5 años)	<input type="checkbox"/> Dosis adicional (≥ 5 años)	<input type="checkbox"/> Refuerzo bivalente (≥ 5 años de edad)		
Moderna	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis	<input type="checkbox"/> Dosis adicional (6 meses o más)	<input type="checkbox"/> Refuerzo bivalente	<input type="checkbox"/> Refuerzo bivalente		
Novavax:	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis		<input type="checkbox"/> Refuerzo monovalente de Novavax (≥18 años de edad)*			
Janssen	<input type="checkbox"/> Dosis única	<input type="checkbox"/> Dosis adicional de ARNm		<input type="checkbox"/> Refuerzo bivalente de ARNm (≥ 18 años de edad)			
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			

\*Recuerde que el uso de Novavax como dosis de refuerzo es solamente para las personas de 18 años de edad o más que nunca han recibido una dosis de refuerzo y que de otra manera no recibirían una dosis de refuerzo.

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 20 de diciembre de 2022**