



Formulario de detección y consentimiento de vacunación contra la COVID-19*

Nombre del beneficiario (escriba con letra imprenta)		Nombre preferido			
Fecha de nacimiento	Identidad de género actual Indique la identidad abajo: <input type="text"/>	Clave: W: mujer/niña TW: mujer/niña transgénero M: hombre/niño TM: hombre/niño transgénero NB: no binario GNC: género no conforme Q: no está seguro/tiene dudas NR: prefiere no responder GNL: género no incluido (escriballo) * Pronombres de género: escríbalos junto al nombre del cliente			
Sexo asignado al nacer Indique el sexo abajo: <input type="text"/>	Clave: M: hombre F: mujer I: intersexual NR: prefiere no responder SNL: orientación sexual no incluida en la lista (escribala)	Estado civil Indique el estado civil abajo: <input type="text"/>	Clave: S: soltero D: divorciado M: casado W: viudo V: unión libre U: no sabe SEPARATED: legalmente separado PARTNER: pareja de hecho		
Dirección		Ciudad	Estado	C.P.	Dirección de correo electrónico
Padre/tutor/sustituto (si corresponde, escriba en letra imprenta)		Teléfono		Idioma preferido	
Etnia Indique su origen étnico abajo: <input type="text"/>	Clave de origen étnico: DECL: no contesta HIS: origen hispano NHL: no hispano UNK: desconocido	Raza Indique la raza abajo: <input type="text"/>	Clave de raza: AIA: nativo americano o de Alaska ASN: asiático BAA: afroamericano o negro DECL: no contesta NHP: nativo de Hawái o isleño del Pacífico WHT: blanco OTH: otra o multirracial		
Nombre del seguro primario		Número de identificación del seguro primario	Nombre del asegurado/ fecha de nacimiento	Relación del asegurado con el paciente	
Dirección del seguro primario		Número de grupo del seguro primario	Número de teléfono del seguro primario		
Nombre del seguro secundario		Número de identificación del seguro secundario	Nombre del asegurado/fecha de nacimiento	Relación del asegurado con el paciente	
Dirección del seguro secundario		Número de grupo del seguro secundario	Número de teléfono del seguro secundario		
Clínica/oficina donde se aplica la vacuna		Dirección/número de teléfono del médico de atención primaria			

Cuestionario de detección

1.	¿Se siente mal hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2.	En los últimos 10 días, ¿se hizo la prueba de COVID-19 porque tuvo síntomas y aún espera los resultados de la prueba o un proveedor de atención médica o departamento de salud le pidió que se aisle o se ponga en cuarentena en casa porque se contagió de COVID, estuvo expuesto a la enfermedad o viajó?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3.	¿Se le administró un tratamiento con terapia de anticuerpos o plasma convalescente contra la COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)? <i>En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última dosis?</i> Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata (por ejemplo, urticaria, hinchazón facial, dificultad respiratoria o anafilaxia) a alguna vacuna o inyección o a algún componente de la vacuna contra la COVID-19, o una reacción alérgica grave (anafilaxis) a estos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5.	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días (2 semanas), incluida la vacuna contra la gripe? <i>En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo recibió la vacuna más reciente?</i> Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6.	¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, un historial de enfermedades autoinmunes o cualquier otra afección que debilita el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8.	¿Toma algún medicamento que afecta su sistema inmunitario, como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos anticancerígenos, o ha recibido algún tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

9.	¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
10.	¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna contra la COVID-19?	En caso afirmativo, ¿qué vacuna?	Moderna Pfizer	<input type="checkbox"/> No Fecha: (si corresponde)

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.

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, necesitaré que me apliquen (den) dos dosis de esta vacuna a fin de que sea efectiva. 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.

Beneficiario/sustituto/tutor (firma) beneficiario	Fecha y hora	Nombre en imprenta	Relación con el paciente (en caso de que no sea el beneficiario)
---	--------------	--------------------	---

Número de identificación del intérprete telefónico	fecha y hora
--	--------------

Firma: Intérprete	Fecha/Hora	Escriba en imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente
-------------------	------------	---

Area Below to be Completed by Vaccinator

Which vaccine is the patient receiving today?

Vaccine Name	Administration		EUA Fact Sheet Date	Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose			

Administration Site Left Deltoid Right Deltoid Left Thigh Right Thigh

Dosage 0.5 ml 0.3 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.

Vaccinator Signature: _____

**Use of this form is optional. In the ongoing effort to address health disparities it is essential that all demographic information is collected at the time of COVID-19 vaccination including sex/gender identity and race/ethnicity.*

Updated January 20, 2021