



**Formulario de selección y consentimiento para inmunización contra COVID-19*:
Niños y adolescentes de 5 a 11 años de edad**

Nombre del receptor (en letra de molde)		Nombre preferido	
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 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: <input type="text"/> M – Masculino F – Femenino I – Intersexual NR – Decidió no responder		Estado civil Clave: Indique el estado abajo: S – Soltero D – Divorciado M – Casado W – Viudo V – Unión civil U – Desconocido SEPARATED – Legalmente separado PARTNER – Pareja estable	
Dirección		Ciudad	Estado Código postal Dirección de correo electrónico
Padre/Tutor/Suplente (si corresponde, en letra de molde)		Teléfono	Idioma preferido
Grupo étnico Clave de grupos étnicos: Indique el grupo étnico abajo: DECL – Negativa <input type="text"/> HIS – Origen hispano NHL – Origen no hispano UNK – Desconocido		Raza Clave de raza: Indique su raza abajo: AIA – Indígena americano o de Alaska ASN – Asiático BAA – Afroamericano o negro <input type="text"/> DECL – Negativa 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
Clínica o consultorio en donde se aplica la vacuna		Dirección y número de teléfono del médico de atención primaria	

Cuestionario de selección

1.	¿Tiene entre 5 y 11 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2.	¿Tiene 12 años de edad o más?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
3.	¿Tiene algún síntoma hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
4.	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 a la COVID-19 o una exposición a la misma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5.	¿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
6.	¿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

7.	¿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
8.	¿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
9.	¿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
10.	¿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
11.	¿Ha recibido una dosis previa de la vacuna de Pfizer, Moderna o Janssen?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
12.	¿Ha recibido una dosis previa de una vacuna contra la COVID-19 autorizada por la OMS pero no por la FDA (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm/BIBP, COVAXIN)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Autorización de uso de emergencia

La FDA ha puesto disponible la vacuna contra la 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 de 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 la COVID-19 de Pfizer-BioNTech en un esquema de dos dosis para personas de 16 años de edad o más. La vacuna sigue disponible mediante una EUA para ciertas poblaciones, incluyendo a las personas de 5 a 15 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 la COVID-19. Entiendo que si mi vacuna requiere dos dosis, necesitaré que me apliquen dos dosis para que se considere que estoy completamente vacunado. Además, entiendo que para aumentar mi protección se me puede recomendar una dosis de refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 por lo menos 2 meses después de la primera dosis de la vacuna Janssen o por lo menos 6 meses después de la segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech o Moderna si soy miembro de ciertas poblaciones (por ejemplo, 65 años de edad o más, 18 años de edad o más y residente de un centro de atención a largo plazo, 50-64 años de edad con un trastorno médico subyacente, 18-49 años de edad con un trastorno médico subyacente dependiendo de los beneficios y riesgos individuales, 18-64 años de edad y con mayor riesgo de exposición y transmisión de COVID-19 debido a que trabaja o vive en un entorno de alto riesgo y dependiendo de sus beneficios y riesgos individuales).

He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción (y me aseguré de que la persona arriba mencionada, en cuyo nombre puedo dar autorización, también tuviera la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación que me han descrito.

Solicito que la vacuna contra la 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/representante/tutor	Fecha / Hora	Nombre en letra de molde	Relación con el paciente (si no es el receptor)
--	--------------	--------------------------	---

N.º de ID del intérprete telefónico O	Fecha / Hora
--	--------------

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		Fecha de la hoja informativa de la EUA	Fabricante y n.º de lote
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Moderna	NA	NA		
Janssen	NA			
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"/> 0.3 ml	<input type="checkbox"/> 0.2 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 8 de noviembre de 2021