



## Formulario de selección y consentimiento para inmunización contra COVID-19\*

Nombre del receptor (en letra de molde)		Nombre preferido		
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 Q – Inseguro/En cuestionamiento NR – Elige 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: <input type="checkbox"/> M – Masculino F – Femenino <input type="checkbox"/> I – Intersexual NR – Decidió no responder	Estado civil <b>Clave:</b> 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 <b>Clave de grupos étnicos:</b> Indique el grupo étnico abajo: <input type="checkbox"/> DECL – Se negó a responder <input type="checkbox"/> HIS – Origen hispano <input type="checkbox"/> NHL – Origen no hispano <input type="checkbox"/> UNK – Desconocido	Raza <b>Clave de raza:</b> Indique su raza abajo: AIA – Indígena americano o de Alaska ASN – Asiático BAA – Afroamericano o negro DECL – Se negó a responder NHP – Nativo de Hawái o nativo de la Polinesia 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 algún síntoma hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2.	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
3.	¿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
4.	¿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
5.	¿Está usted embarazada o está planeando un embarazo?	<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.	¿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 12 años de edad o más, ha recibido 2 dosis de la vacuna Pfizer y recibió la segunda dosis hace por lo menos 5 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de la 2. <sup>a</sup> dosis: (si corresponde)
13.*	¿Tiene 18 años de edad o más, ha recibido 2 dosis de la vacuna Moderna y recibió la segunda dosis hace por lo menos 5 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de la 2. <sup>a</sup> dosis: (si corresponde)
14.*	¿Ha recibido una dosis previa de la vacuna Janssen hace por lo menos 2 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de la 1. <sup>a</sup> dosis: (si corresponde)
15.*	Si recibió una dosis previa de la vacuna Janssen (Johnson & Johnson), ¿presentó síndrome de trombosis con trombocitopenia (TTS, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
16.**	¿Tiene 50 años de edad o más y ha recibido 3 dosis de la vacuna Pfizer o Moderna, y recibió la tercera dosis hace por lo menos 4 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de la 3. <sup>a</sup> dosis: (si corresponde)
17.**	¿Ha recibido 2 dosis de la vacuna Janssen (Johnson & Johnson), o 1 dosis de la vacuna Janssen y 1 dosis de la vacuna de ARNm, y recibió la segunda dosis hace por lo menos 4 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de la 2. <sup>a</sup> dosis: (si corresponde)
18. <sup>1</sup>	¿Ha recibido una dosis previa de una vacuna contra el COVID-19 no autorizada ni aprobada por la FDA, autorizada por la OMS <sup>1</sup> pero no por la FDA (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm/BIBP, COVAXIN, Novavax – Covavax, Nuvaxovid, o CanSino Biologics - Convidecia)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

\*Las preguntas 12 a 15 se refieren a la elegibilidad para la primera dosis de refuerzo.

\*\*Las preguntas 16 y 17 se refieren a la elegibilidad para la segunda dosis de refuerzo.

<sup>1</sup> Como se establece en la [Instrucción de uso de emergencia \(EUI, por sus siglas en inglés\) de los CDC](#), una vacuna contra el COVID-19 no autorizada ni aprobada por la FDA como 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 por 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 el 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 el COVID19 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. Recuerde: La FDA aprobó la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech en un esquema de dos dosis para personas de 16 años de edad o más; y aprobó la vacuna contra el COVID-19 de Moderna en un esquema de dos dosis para persona 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 mayores de 16 años de edad. 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).

Actualizado el 27 de junio de 2022

### 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 la vacuna contra el COVID-19 por lo menos 2 meses después de la primera dosis de la vacuna Janssen (si soy mayor de 18 años de edad) o por lo menos 5 meses después de la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech (si soy mayor de 5 años de edad) o Moderna (si soy mayor de 18 años de edad) 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.

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

○

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
	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis	<input type="checkbox"/> Primer refuerzo	<input type="checkbox"/> Segundo refuerzo		
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis	<input type="checkbox"/> Primer refuerzo	<input type="checkbox"/> Segundo refuerzo		
Moderna	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis	<input type="checkbox"/> Primer refuerzo	<input type="checkbox"/> Segundo refuerzo		
Janssen	<input type="checkbox"/> Dosis única	<input type="checkbox"/> Primera dosis de refuerzo	<input type="checkbox"/> Segundo refuerzo			
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"/> 0.5 ml	<input type="checkbox"/> 0.3 ml	<input type="checkbox"/> 0.25 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: \_\_\_\_\_