



Formulario de selección y consentimiento para vacunación contra COVID-19 para niños y adultos

Nombre del receptor (letra de imprenta)		Nombre			
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico
Padre/madre/tutor/representante (si corresponde, letra de imprenta)			Teléfono		Idioma preferido
Fecha de nacimiento	Identidad de género actual: Clave: M - Mujer/niña MT - Mujer/niña transgénero H - Hombre/niño Indique la identidad abajo: HT - Hombre/niño transgénero NB - Persona no binaria GNC - Género no conforme <input type="text"/> C - No estoy seguro/cuestionamiento NR - Decidió no responder GNL - El género no está en la lista (escribirlo) * Pronombres de género: escribir junto al nombre del paciente				
Sexo asignado al nacer Clave: M - Masculino Indique el sexo abajo: <input type="text"/>		Estado civil Clave: S - Soltero D - Divorciado M - Casado Indique su estado civil abajo: <input type="text"/> V - Viudo UC - Unión civil D - Desconocido SEPARADO - Legalmente separado PAREJA - Pareja estable			
Etnia Clave: NR - Se negó a responder Indique el grupo étnico abajo: <input type="text"/>		Raza Clave: IAA - Indígena americano o de Alaska AS - Asiático Indique su raza abajo: <input type="text"/> AAN - Afroamericana o negra NR - Se negó a responder NHP - Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico B - Blanca OM - Otra o multirracial			
Nombre del seguro de salud		N.º de Id. del seguro de salud	Nombre y fecha de nacimiento del suscriptor		Relación con el paciente
Dirección del seguro de salud		N.º de grupo del seguro de salud	N.º de teléfono del seguro de salud		
Clínica o consultorio en donde se aplica la vacuna		Dirección y número de teléfono del médico de atención primaria			

Cuestionario de selección: Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si existe algún motivo por el cual no se puede vacunar hoy contra COVID-19. Si su respuesta es "SÍ" en alguna de las preguntas, no significa que no pueda recibir la vacuna. Solamente significa que se le harán preguntas adicionales. Si una pregunta no es clara, pídale al proveedor de servicios de salud que le explique.

1.	¿Tiene algún síntoma hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
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 aisle 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.	¿Qué edad tendrá la persona el día de la vacunación? _____			
4.	¿La persona que será vacunada ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra COVID-19? • Si la respuesta es sí, ¿qué se administró? <input type="checkbox"/> Pfizer BioNTech <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax _____ • ¿Cuántas dosis de la vacuna contra COVID-19 se administraron anteriormente? _____ • ¿Trajo la libreta sanitaria de vacunación u otro registro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica inmediata (p. ej., urticaria, hinchazón facial, dificultad para respirar, anafilaxia) a alguna vacuna, inyección o dosis, o 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 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 2) neoplasias hematológicas, 3) Recepción de trasplante de órganos sólidos y administración de terapia inmunodepresora, 4) 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), 5) Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (p. ej., síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich), 6) Infección por VIH avanzada o sin tratar, 7) Tratamiento activo con altas dosis de corticoesteroides (p. ej., 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 inmunosupresores o inmunomoduladores.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7.	¿Está usted embarazada o está planificando un embarazo?	<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 o MIS-A (síndrome inflamatorio multisistémico en niños o síndrome inflamatorio multisistémico en adultos)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
11.	¿Recibió recientemente una vacuna ortopoxvirus en las últimas 4 semanas (p. ej., JYNNEOS o ACAM2000)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Autorización para uso de emergencia

La FDA ha puesto a disposición la vacuna contra COVID-19 mediante una autorización de uso de emergencia (EUA). 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 COVID-19 Novavax está autorizada con una EUA para las personas de 12 años de edad o más. Recuerde: La FDA aprobó la vacuna contra COVID-19 de Pfizer BioNTech en individuos de 12 años o más; y aprobó la vacuna contra COVID-19 de Moderna en individuos de 18 años o más. Estas vacunas siguen disponibles mediante una EUA para ciertas poblaciones, incluida la vacuna Pfizer BioNTech contra COVID-19 para aquellas personas que tengan entre 6 meses y 11 años, la vacuna Moderna contra COVID-19 para aquellos individuos que tengan entre 6 meses y 17 años, y para la administración de una dosis adicional 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) 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 Pfizer BioNTech contra COVID-19 es una vacuna contra COVID-19 aprobada por la FDA (nombre comercial, Comirnaty, ARNm) para prevenir COVID-19 en personas de 12 años o más. Los CDC emiten la EUI para proporcionar información sobre el uso de esta vacuna como una dosis primaria adicional en ciertas personas inmunodeprimidas (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 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

He leído, o me han explicado, la hoja informativa referente a la vacuna contra 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 COVID-19 por lo menos 2 meses después de concluir un esquema de vacunación primaria contra 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 tuvo la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación que me han descrito.









Solicito que la vacuna contra 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, 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 imprenta 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 (en letra de imprenta) Relación con el paciente

La parte de abajo debe ser completada 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"/> 0,2 mL/3ug (Capuchón marrón) 	<input type="checkbox"/> 0,2 mL/10 ug (Capuchón naranja) 	<input type="checkbox"/> 0,3mL/30 ug (Capuchón gris) 		
Moderna	<input type="checkbox"/> 0,2 mL/10 ug (Capuchón rosa/Etiqueta amarilla) 	<input type="checkbox"/> 0,25 mL/25 ug (Capuchón azul/Etiqueta gris) 	<input type="checkbox"/> 0,5 mL/50 ug (Capuchón azul/Etiqueta gris) 		
Novavax:	<input type="checkbox"/> Primera dosis 	<input type="checkbox"/> Segunda dosis 	<input type="checkbox"/> Refuerzo monovalente de Novavax (≥18 años de edad)*		

Teniendo en cuenta las dosis de vacunas aplicadas anteriormente, ¿qué número de dosis es esta? _____					
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.** Formulario adaptado de una lista de verificación de selección de los CDC
Actualizado 23 de mayo de 2023