



FORMULARIO DE EVALUACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE WFMC HEALTH

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE USTED (EN LETRA MOLDE)

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Género M / F / X
Dirección de correo		
Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO – Cobertura primaria

Nombre del seguro	N.º de ID del titular de la póliza	N.º de grupo
Nombre del titular de la póliza de seguro		
Fecha de nacimiento de titular de la póliza	Empleador del titular de la póliza	Género M / F / X
Relación con el paciente		

SECCIÓN 3: PREGUNTAS DE EVALUACIÓN DE COVID-19

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deba darse la vacuna contra el COVID-19 en el día de hoy. **Si su respuesta es “sí” a alguna de las preguntas, no significa necesariamente que no se debe vacunar.** Simplemente significa que tal vez le hagan más preguntas. Si una pregunta no es clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

N.º	Preguntas de evaluación	Sí	No	No sé
1.	¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____			
3.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias)			
	<ul style="list-style-type: none">Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Polisorbato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, al polisorbato, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o usa medicamentos o terapias inmunodepresores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Raza	
<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otra raza _____
Etnia	
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano o latino
Lengua materna	
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Otro _____

SECCIÓN 5: CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

- Certifico que: (a) soy el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) soy el padre/madre o tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 16 años de edad; o (c) estoy autorizado para dar el consentimiento para la vacunación del paciente nombrado anteriormente. Además, por el presente doy mi consentimiento a Salem Health Hospitals and Clinics o a sus agentes a administrar la vacuna contra el COVID-19.
- Entiendo que este producto no cuenta con la aprobación ni la licencia de la FDA, pero que ha sido autorizado por ella para uso de emergencia, en virtud de una Autorización de Uso de Emergencia (EUA), con el fin de prevenir la Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19) para ser utilizada en personas mayores de 18 años. El uso de emergencia de este producto solo está autorizado por el tiempo que dure la declaración de que las circunstancias existentes justifican la autorización del uso de emergencia del producto médico en virtud de la Sección 564(b)(1) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos de Estados Unidos (FD&C), salvo que se suspenda la declaración o que la autorización se revoque antes de tiempo.
- Entiendo que no se pueden predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con la administración de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la vacuna mencionada anteriormente y he recibido, leído y/o me han explicado la hoja informativa sobre la Autorización de Uso de Emergencia de la vacuna contra el COVID-19 que he decidido recibir. Reconozco que también he tenido la oportunidad de preguntar y que dichas preguntas fueron respondidas satisfactoriamente.
- Reconozco que me recomendaron permanecer aproximadamente 15 minutos en observación cerca del lugar de vacunación después de la administración de la vacuna.
- En mi nombre, en nombre de mis herederos y mis representantes personales, por el presente eximo a WFMC Health y a su personal, agentes, sucesores, sectores, afiliados, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de toda responsabilidad o reclamo, conocido o no, que surja de la administración de la vacuna mencionada anteriormente o que de algún modo esté relacionados con ella.

Firma del paciente o representante autorizado:

Fecha:

Nombre en letra molde:

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO

DOSIS	Centro (LD/RD)	Vía	Fabricante	N.º de lote	Fecha de vencimiento	Administrada por
<input type="checkbox"/> Dosis 1		IM	Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/>			
<input type="checkbox"/> Dosis 2		IM	Pfizer <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/>			