



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?			
2.	¿Ha recibido terapia de anticuerpos para COVID-19 en los últimos 90 días?			
3.	¿Le han diagnosticado síndrome inflamatorio multisistémico en niños (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children, MIS-C)?			
4.	¿Ha sufrido una reacción alérgica grave o con riesgo de vida, como urticaria, o dificultad para respirar debido a cualquier vacuna o inyección?			
5.	¿Le han administrado alguna vacuna en los últimos 14 días? (Incluida la vacuna antigripal)			
6.	¿Está embarazada o en período de lactancia, o considera quedar embarazada?			
7.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o ha sufrido alguna enfermedad autoinmune o alguna afección que debilite el sistema inmunitario?			
8.	¿Toma alguna medicación que afecte su sistema inmunitario, como esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido radioterapia?			

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"/> Nativo de Hawaii
<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

Autorización de uso urgente

La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) ha puesto a disposición la vacuna contra el COVID-19 conforme a una autorización de uso urgente (emergency use authorization, EUA). La autorización de uso urgente se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como lo es la pandemia del COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que una vacuna con licencia o aprobada por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna a disposición bajo una autorización de uso urgente se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y en que la totalidad de la evidencia científica disponible demuestra que los beneficios potenciales y ya conocidos de la vacuna son mayores que los riesgos.

Información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer

La “Hoja de datos para personas que reciben la vacuna y cuidadores” sobre la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech (Pfizer) está disponible en <https://www.fda.gov/media/144414/download>.

Consentimiento sobre la vacunación de menores para padres o tutores

He revisado la información anterior sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer y los comprendo. Al otorgar mi consentimiento a continuación, acepto lo siguiente:

1. He revisado este formulario de consentimiento y comprendo que la “Hoja de datos para personas que reciben la vacuna y cuidadores” incluye información más detallada sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer.
2. Tengo autoridad legal para otorgar consentimiento en nombre del niño/menor mencionado anteriormente de modo que reciba la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer.
3. Comprendo que quizás no se me exija acompañar a su cita de vacunación al niño/menor mencionado anteriormente, que, al otorgar mi consentimiento a continuación, recibirá la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer, independientemente de que yo esté presente o no.

OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que el niño/menor mencionado en la parte superior de este formulario reciba las dos dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer, y he revisado y acepto la información aquí contenida. El alcance de este consentimiento incluye la administración de la vacuna, el análisis con un proveedor en caso de que se solicite, y el cuidado y el tratamiento inmediatamente posteriores a la administración en caso de ser necesario. (Si este consentimiento no se firma, fecha o no se presenta, no se podrá vacunar al niño/menor).

Relación con el menor

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Otorgamiento de consentimiento verbal (por teléfono o a través de otro medio). En este caso, la persona que obtiene el consentimiento verbal debe leer toda la información que se encuentra en la sección Consentimiento sobre la vacunación de menores para padres o tutores y registrar la relación con el menor y el nombre en letra de imprenta.

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 Moderna J&J			
<input type="checkbox"/> Dosis 2		IM	Pfizer Moderna J&J			
<input type="checkbox"/> Booster		IM	Pfizer Moderna J&J			