

Formulario de consentimiento para la vacuna contra la COVID-19



Padre/tutor: Por favor, responda las siguientes preguntas para ayudarnos a vacunar a su hijo contra la COVID-19 de forma segura. La vacuna es gratuita. No necesita presentar identificación ni tener seguro.

Información del niño			
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número telefónico
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Fecha de nacimiento	Edad	¿Tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza (marque todas los que apliquen) <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No quiere responder	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No es hispano <input type="checkbox"/> No desea responder	Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Identidad de género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Género queer/no binario <input type="checkbox"/> Otro _____

Firma del padre/tutor		
Recibí, leí/me explicaron y comprendo la hoja informativa de la autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) de la vacuna. Soy padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente y doy mi autorización para que reciba la vacuna contra la COVID-19. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la COVID-19. Entiendo que la información de vacunación de mi hijo será enviada a una base de datos que utilizarán otros proveedores médicos y personal escolar.		
_____	_____	_____
Nombre del padre/tutor (impreso)	Firma del padre/tutor	Fecha
_____	_____	_____
Número telefónico	Dirección de correo electrónico	

Solo para el uso de la oficina (For office use only)				
Dose <input type="checkbox"/> 0.3 ml IM <input type="checkbox"/> _____	Site <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	Manufacturer	Lot #	Exp
Date EUA info sheet given	Date EUA published	Appointment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appointment date	
Vaccinator name (printed)		Vaccinator signature		Date

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre _____

Edad _____

	Sí	No	No sabe
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?			
<i>(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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
<ul style="list-style-type: none"> • Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> o 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"> o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos 	<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?			
<i>(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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
5. Marque todo lo que corresponda:			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años.			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.			
<input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.			
<input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.			
<input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.			
<input type="checkbox"/> Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej. por infección por el VIH, cáncer) o recibo medicamentos o terapias inmunodepresoras.			
<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.			
<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (<i>blood thinner</i>).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT).			
<input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente.			
<input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)			

Formulario revisado por _____

Fecha _____