



## Formulario de consentimiento de vacunación contra la COVID-19 para 2020 y 2021

Apellido ( <i>en letra de imprenta</i> )	Nombre	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Correo electrónico	Nombre del proveedor de atención primaria		

### REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNACIÓN

1. ¿Está embarazada?	Sí	No
2. ¿Actualmente está amamantando?	Sí	No
3. ¿Tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a otras vacunas o medicamentos o infusiones inyectables?	Sí	No
4. ¿Tuvo alguna reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a algún componente de la vacuna, incluidas las nanopartículas lipídicas y el polietilenglicol (PEG)?	Sí	No
5. ¿Recibió alguna otra vacuna en los últimos 14 días o tiene programado recibir alguna vacuna en los próximos 14 días?	Sí	No
6. ¿Recibió infusiones de plasma de personas convalecientes o de anticuerpos monoclonales o policlonales para la COVID-19 en los últimos 90 días?	Sí	No
7. ¿Es menor de 16 años?	Sí	No
8. ¿Actualmente está enfermo? Por ejemplo, ¿está experimentando en este momento fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, etc.?	Sí	No
9. ¿Tiene usted un problema de sangrado o está tomando medicamentos para adelgazar o diluir la sangre?	Sí	No
10. ¿Dio positivo para COVID-19 en los últimos 10 días?	Sí	No
11. ¿Está actualmente en cuarentena por exposición a la COVID-19?	Sí	No
12. Si esta es su segunda dosis, ¿cuál fue la fecha de la primera dosis?	/	/
13. Si esta es su segunda dosis, ¿qué vacuna recibió (Pfizer, Moderna, etc.)?		

### CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

Revisaré o he revisado mis respuestas a las preguntas anteriores con la persona que me vacunará. Si experimento alguna reacción adversa después de haberme ido, se lo notificaré a mi proveedor de atención primaria. Revisé la Hoja de datos sobre la autorización de uso de emergencia que recibí hoy. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna.

Tengo autorización para solicitar que se le administre la vacuna indicada anteriormente a la persona mencionada más arriba, y lo solicito. Entiendo que puedo revisar un Aviso de prácticas de privacidad en el momento de la vacunación.

Firma del padre, la madre, el tutor o el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

VIS Date:

Vaccine	Date Vaccination and EUA Given:	Route IM D I	Manufacturer	Lot No.	Printed Name and Signature of Vaccine Administrator

## INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA

1. ¿Está embarazada?

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA:** pregúntele a la paciente si habló sobre la vacunación con un proveedor médico. Las pacientes que están embarazadas pueden elegir vacunarse independientemente de que lo hayan hablado con un proveedor médico o no.

2. ¿Actualmente está amamantando?

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA:** pregúntele a la paciente si habló sobre la vacunación con un proveedor médico. Las pacientes que están amamantando pueden elegir vacunarse independientemente de que lo hayan hablado con un proveedor médico o no.

3. ¿Tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a otras vacunas o medicamentos o infusiones inyectables?

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA:** pregúntele a la paciente si habló sobre la vacunación con un proveedor médico. Si lo hizo, proceda con la vacunación. Los administradores de la vacuna deben observar a los pacientes luego de vacunarlos para controlar si presentan reacciones adversas inmediatas:

☞☞☞• **Personas con historial de anafilaxis: 30 minutos**

☞☞☞• **Todas las demás personas: 15 minutos**

4. ¿Tuvo alguna reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a algún componente de la vacuna, incluidas las nanopartículas lipídicas y el polietilenglicol (PEG)?

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.**

5. ¿Recibió alguna otra vacuna en los últimos 14 días o tiene programado recibir alguna vacuna en los próximos 14 días?

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.**

6. ¿Recibió infusiones de plasma de personas convalecientes o de anticuerpos monoclonales o policlonales para la COVID-19 en los últimos 90 días?

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.**

7. ¿Es menor de 16 años?

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.**

8. ¿Actualmente está enfermo? Por ejemplo, ¿está experimentando en este momento fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, etc.?

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: pídale al paciente que hable con un proveedor médico sobre los síntomas existentes.**

9. ¿Tiene usted un problema de sangrado o está tomando medicamentos para adelgazar o diluir la sangre?

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA: pídale al paciente que hable con un proveedor del cuidado médico. ACIP recomienda la siguiente técnica para la vacunación intramuscular en pacientes con problemas de sangrado o que están tomando medicamentos para adelgazar o diluir la sangre: una aguja fina (de calibre 23 o menos) debe ser usada para la vacunación, seguido de una presión firme donde se inyectó, por al menos dos minutos, sin frotar.**

10. ¿Dio positivo para COVID-19 en los últimos 10 días?

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.**

11. ¿Está actualmente en cuarentena por exposición a la COVID-19?

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.**

12. Si esta es su segunda dosis, ¿cuál fue la fecha de la primera dosis?

**No se vacune si recibió una dosis de la vacuna de Pfizer hace menos de 17 días o una dosis de la vacuna de Moderna hace menos de 24 días.**

13. Si esta es su segunda dosis, ¿qué vacuna recibió (Pfizer, Moderna, etc.)?

**Asegúrese de que la segunda dosis sea del mismo fabricante que el de la primera.  
Si es diferente: no se vacune.**

Verificado el 16 de