

Información básica

Por favor, llene o corrija su información personal a continuación y responda las preguntas sobre la vacunación.

Los campos marcados con un asterisco son obligatorios

Nombre legal* _____	Fecha de nacimiento* _____
Segundo nombre _____	Género* _____
Apellido legal* _____	Raza* _____
Etnia* Hispano/a / No hispano/a	

Información de contacto

Por favor, proporcione la mejor información para contactarle con preguntas.

Número de teléfono _____	Dirección* _____
Número de teléfono celular _____	Dirección 2 _____
Dirección de correo electrónico* _____	Ciudad* _____
	Estado* _____
	Código postal* _____

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre* _____ Número de teléfono* _____

Vacunación contra la COVID-19: **Consentimiento: Tengo al menos 18 años de edad y consiento que me administren la vacuna contra la COVID-19**

Por favor, lea las siguientes preguntas con atención e indique sus respuestas en el campo proporcionado.

Condiciones médicas (son voluntarias y no impedirán que a usted se le administre la vacuna)

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|
| ▪ Asma | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ Enfermedad cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ ¿Ha estado enfermo en los últimos 30 días? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ Condición de inmunodepresión causada por el trasplante de un órgano sólido | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ Obesidad (IMC de 30 o más) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ Condiciones cardíacas graves | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ Anemia drepanocítica | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ Diabetes de tipo 2 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

En este consentimiento no se solicita divulgar información genética.

La Ley de no discriminación por información genética (GINA) de 2008 prohíbe a los empleadores y otras entidades que se abarcan en el Título II de la ley GINA solicitar o requerir información genética a una persona o un familiar de la persona, excepto que esta ley lo permita específicamente. Para cumplir con esta ley, le solicitamos que no proporcione ninguna información genética cuando responda a cualquier solicitud en la que se pueda buscar información médica. "Información genética". Conforme lo define la GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o un familiar, la búsqueda o recepción de servicios genéticos por parte de una persona o un familiar y la información genética de un feto que porta una persona o un familiar o un embrión sobre el cual tiene posesión legal una persona o un familiar que recibe servicios de reproducción asistida.

Contraindicaciones:

Si usted tiene alguna de las siguientes condiciones, se recomienda que no se le administre la vacuna contra la COVID-19 sin hablar con su proveedor de atención médica.

Vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech

El fabricante no aconseja la administración de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech a personas con historial conocido de reacción alérgica severa (por ej., anafilaxia) a cualquier compuesto de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech. La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech incluye los siguientes ingredientes: ARNm, lípidos (4-hidroxi-butilo)azanediil)bis(hexano-6,1-diil)bis(2-hexildecanoato), 2 [(polietilenglicol)-2000]-N,N- ditetradecilacetamida, 1,2-Distearoil-sn-glicero-3- fosfolcolina y colesterol), cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, dihidrato de fosfato sódico dibásico y sucrosa.

Vacuna contra la COVID-19 de Moderna

El fabricante no aconseja la administración de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna a personas con historial conocido de reacción alérgica severa (por ej., anafilaxia) a cualquier compuesto de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. La vacuna contra la COVID-19 de Moderna contiene los siguientes ingredientes: ácido ribonucleico mensajero (ARNm), lípidos (SM-102, polietilenglicol [PEG] 2000 dimiristoil glicerol [DMG], colesterol y 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfolcolina [DSPC]), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato de sodio y sucrosa.

-
- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|
| ▪ ¿Tiene usted un historial de una reacción alérgica a cualquiera de los ingredientes mencionados antes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ ¿Tiene usted un historial de reacciones alérgicas severas como anafilaxia de aparición inmediata a una vacuna? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ ¿Tiene usted un historial de reacciones alérgicas severas como anafilaxia de aparición inmediata a un medicamento o alimento? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ▪ ¿Está embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| • En las pruebas de la vacuna hasta la fecha no se han incluido a mujeres embarazadas; sobre la base de cómo funcionan las vacunas de ARNm, los expertos creen que es improbable que representen un riesgo para las embarazadas. | <input type="checkbox"/> Reconozco | | |
| ▪ ¿Le han administrado alguna vacuna (neumococo, influenza) en los últimos 14 días? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
-

Solo para enfermero/as

Dosis 1

3-4 ID del vacunador: _____

3-4 ID del triaje: _____

Contraindicaciones

¿Ha cambiado alguna de estas contraindicaciones desde que el participante dio su consentimiento? Sí No

Si la respuesta es Sí, por favor identifique qué contraindicaciones cambiaron

¿Tiene usted un historial de una reacción alérgica a cualquiera de los ingredientes mencionados antes? Sí No Prefiero no responder

¿Tiene usted un historial de reacciones alérgicas severas como anafilaxia de aparición inmediata a una vacuna? Sí No Prefiero no responder

¿Tiene usted un historial de reacciones alérgicas severas como anafilaxia de aparición inmediata a un medicamento o alimento? Sí No Prefiero no responder

¿Tiene usted un historial de reacciones alérgicas severas como anafilaxia de aparición inmediata a un medicamento o alimento? Sí No Prefiero no responder

¿Está embarazada? Sí No Prefiero no responder

Las pruebas de la vacuna hasta la fecha no han incluido a mujeres embarazadas; sobre la base de cómo funcionan las vacunas de ARNm, los expertos creen que es improbable que representen riesgo para las embarazadas. Reconozco

¿El participante califica para la vacuna contra la COVID-19?

Sí No

Dosis 2

3-4 ID del vacunador: _____

3-4 ID del triaje: _____

Contraindicaciones

¿Ha cambiado alguna de estas contraindicaciones desde que el participante dio su consentimiento? Sí No

Si la respuesta es Sí, por favor identifique qué contraindicaciones cambiaron

¿Tiene usted un historial de una reacción alérgica a cualquiera de los ingredientes mencionados antes? Sí No Prefiero no responder

¿Tiene usted un historial de reacciones alérgicas severas como anafilaxia de aparición inmediata a una vacuna? Sí No Prefiero no responder

¿Tiene usted un historial de reacciones alérgicas severas como anafilaxia de aparición inmediata a un medicamento o alimento? Sí No Prefiero no responder

¿Tiene usted un historial de reacciones alérgicas severas como anafilaxia de aparición inmediata a un medicamento o alimento? Sí No Prefiero no responder

¿Está embarazada? Sí No Prefiero no responder

Las pruebas de la vacuna hasta la fecha no han incluido a mujeres embarazadas; sobre la base de cómo funcionan las vacunas de ARNm, los expertos creen que es improbable que representen riesgo para las embarazadas. Reconozco

Excluyendo la dosis uno de esta serie, ¿le han administrado otra vacuna contra la COVID-19? Sí No

¿Ha experimentado una reacción alérgica severa después de la dosis previa de la vacuna contra la COVID-19? Sí No

¿ El participante califica para la vacuna contra la COVID-19? Sí No

Detalles de la vacunación:

Fecha: _____

Ubicación de la inyección (en el cuerpo): _____

MVX (fabricante): _____

Número de lote: _____

CVX (producto): _____

Fecha de caducidad: _____

Administrada en la ubicación

Nombre del centro: _____

ID del centro: _____

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Detalles de la vacunación:

Fecha: _____

Ubicación de la inyección (en el cuerpo): _____

MVX (fabricante): _____

Número de lote: _____

CVX (producto): _____

Fecha de caducidad: _____

Administrada en la ubicación

Nombre del centro: _____

ID del centro: _____

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Firma

Entiendo que la información que se llena en esta forma es correcta a mi leal saber y entender y que si se me administra la vacuna, es posible que requiera compartir esta información con jurisdicciones estatales y/o federales. Al marcar este cuadro, por este medio estoy de acuerdo en que la marca de verificación sirve como mi firma electrónica en esta forma.

Iniciales: _____

Fecha de la firma: _____

(MM/DD/AAAA)