

# Consentimiento de la Red de Atención Primaria de CHOC y Lista de Verificación para la Vacuna contra la COVID-19 para Niños, Adolescentes y Adultos 2021-2022

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA** de la persona  
que recibe la vacuna

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento      Edad

\_\_\_\_\_  
Dirección      Ciudad      Estado      Mejor número de contacto  
*(Dirección obligatoria solo para adultos no pacientes)*

\_\_\_\_\_  
Nombre de la madre *(obligatorio solo para los adultos que no son pacientes)*

## **RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (por favor, marque su respuesta):**

1. ¿Se siente mal hoy o ha tenido una fiebre de 100.4 en las últimas 24 horas?  Sí  No
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra la COVID-19?  Sí  No
  - En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió?  
 Pfizer       Moderna       Janssen (Johnson & Johnson)       Otro producto
  - ¿Trajo con usted su tarjeta de vacunación u otra documentación?  Sí  No
3. Ha tenido alguna vez una **reacción alérgica a: (Esto incluye una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hiciera ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que provocara urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).**
  - Un componente de una vacuna contra la COVID-19, que incluye uno de los siguientes:
    - El polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como los laxantes y los preparados para procedimientos de colonoscopia.  Sí  No
    - El polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos.  Sí  No
  - ¿Una dosis previa de la vacuna contra la COVID-19?  Sí  No
  - ¿Una reacción alérgica a otra vacuna o medicamento inyectable?  Sí  No
4. **Marque todas las opciones que correspondan:**
  - Soy una mujer de entre 18 y 49 años
  - Tuve una reacción alérgica grave a algo que no sea una vacuna o una terapia inyectable, como alergias a alimentos, animales domésticos, venenos, medicamentos ambientales u orales
  - Tuve COVID-19 y recibí tratamiento con anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia
  - Se me diagnosticó con Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19
  - Tengo el sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, infección por VIH, cáncer)
  - Tomo medicamentos o terapias inmunosupresoras
  - Tengo un trastorno hemorrágico
  - Tomo un anticoagulante
  - Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT, por sus siglas en inglés)
  - Estoy embarazada o en periodo de lactancia
  - He recibido rellenos dérmicos



998789 (10/2021)



**FORMULARIO DE  
CONSENTIMIENTO Y DETECCIÓN  
PARA LA VACUNACIÓN CONTRA  
LA COVID-19 2021-2022**  
Página 1 de 2

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**ACUSE DE RECIBO:**

1. Me han dado y leído o me han explicado la información de la Ficha Técnica de la Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) Federal para Receptores y Cuidadores para las vacunas que se administrarán hoy.
2. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas de manera satisfactoria.
3. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 y doy mi consentimiento para recibir la inyección de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que da el consentimiento para la vacunación

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la persona que da el consentimiento para la vacunación

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Persona que revisó este formulario

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

**Nursing Documentation:** (Use this section for adult non-patients)

**Temperature:** \_\_\_\_\_ **Infrared/tat/po/ax (Do not vaccinate if temperature  $\geq$  38°C)**

Reviewed attached screening and consent form. If any questions has a "yes" response, the provider must be notified to decide to clear the patient to receive the vaccine. Except for 2<sup>nd</sup> Pfizer BioNTech COVID Vaccine administration.

Provide recipient the current Fact Sheet for Recipients and Caregivers Emergency Use Authorization (EAU) of The Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine.

**Vaccine:** Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: **Manufacturer:** Pfizer BioNTech

**Lot #:** \_\_\_\_\_ **Expiration Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  **First Dose**  **Second Dose**

**IM Site:**  Deltoid, Left  Deltoid, Right  Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature & Credentials Administered By

\_\_\_\_\_  
Printed Name Administered By

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date Given

\_\_\_\_\_  
Time

**CAIR Documentation:**

Vaccine Administration Transcribed:  Yes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature & Credentials



998789 (10/2021)



**FORMULARIO DE  
CONSENTIMIENTO Y DETECCIÓN  
PARA LA VACUNACIÓN CONTRA  
LA COVID-19 2021-2022  
Página 2 de 2**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE