



**Formulario de detección y consentimiento de vacunación contra el  
COVID-19 \*: para niños y adolescentes entre 5 y 12 años**

Nombre del beneficiario (escribir en letra de imprenta)		Nombre de preferencia		
Fecha de nacimiento	Identidad de género actual Indicar la identidad de género más abajo:  <b>Key:</b> W – mujer/niña    TW – mujer/niña transgénero    M – hombre/niño  TM – hombre/niño transgénero    NB – no binario    GNC – género no conforme Q – no está seguro/tiene dudas NR – prefiere no responder GNL – género no incluido en la lista (escríbalo) * Pronombres de género: escríbalos junto al nombre del cliente			
Sexo asignado al nacer Indique el sexo más abajo:  <b>Clave:</b> M – Masculino    F – Femenino I – Intersexual NR – Prefiere no responder	Estado civil Indique el estado civil: más abajo  <b>Clave:</b> S – Separado    D – Divorciado    M – Casado W – Viudo V – Unión civil U – No sabe SEPARATE – Legalmente separado PARTNER – Pareja de hecho			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Correo electrónico
Padre/Tutor/ Sustituto (si corresponde, en letra imprenta)		Teléfono		Idioma de preferencia
Origen étnico Indicar el origen étnico más abajo:  <b>Clave:</b> DECL – No responde HIS – Hispano NHL – No hispano UNK – Desconocido	Raza Indicar la raza más abajo:  <b>Clave:</b> AIA – nativo americano o de Alaska ASN – asiático BAA – afroamericano o negro DECL – no responde NHP – nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico WHT – blanco OTH – otro o multirracial			
Nombre del seguro primario	No. de identificación del seguro primario	Nombre del asegurado/ Fecha de nacimiento	Relación del asegurado con el paciente	
Dirección del seguro primario	No. de grupo del seguro primario	No. de teléfono del seguro primario		
Nombre del seguro secundario	No. de identificación del seguro secundario	Nombre del asegurado/ Fecha de nacimiento	Relación del asegurado con el paciente	
Dirección del seguro secundario	No. de grupo del seguro secundario	No. de teléfono del seguro secundario		
Clinica/consultorio en el que se administra la vacuna	Dirección/número de teléfono del médico de atención primaria			
<b>Cuestionario de detección</b>				
1.	¿Tiene entre 5 y 11 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

2.	¿Tiene 12 años o más?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
3.	¿Se siente mal hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
4.	Durante los últimos 10 días, ¿se ha realizado una prueba de COVID-19 porque presenta síntomas y aún está esperando el resultado de la prueba, o un proveedor de atención de salud o departamento de salud le ha indicado que se aisle o cumpla con la cuarentena en su hogar debido a infección o exposición a COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5.	¿Ha recibido tratamiento para el COVID-19 con terapia de anticuerpos o plasma de convalecientes en los últimos 90 días (3 meses)? <i>En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última dosis? Fecha: _____</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata (por ej., urticaria, hinchazón de rostro, dificultad para respirar, anafilaxia) como respuesta a cualquier vacuna, inyección o aplicación o a cualquier componente de la vacuna contra el COVID-19, o una reacción alérgica grave (anafilaxia) como respuesta a cualquier otra sustancia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otra afección que debilite el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8.	¿Toma algún medicamento que afecte su sistema inmunitario como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamento contra el cáncer o se le ha realizado algún tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
9.	¿Tiene un trastorno hemorrágico, antecedentes de coagulopatía o toma algún anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
10.	¿Tiene antecedentes de miocarditis (inflamación del músculo del corazón) o pericarditis (inflamación del tejido que rodea el corazón)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
11.	¿Ya recibió una dosis previamente de la vacuna de Pfizer, Moderna o Janssen?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
12.	¿Ya recibió una dosis de la vacuna contra el COVID-19 autorizada por la OMS, pero no por la FDA (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm/BIBP)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

### Autorización de uso de emergencia

La FDA ha puesto a disposición la vacuna contra el COVID-19 en virtud de una autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de fármacos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha sido sometida al mismo tipo de revisión que otros productos aprobados o autorizados por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna a disposición se basa en la totalidad de las pruebas científicas disponibles, que demuestran que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales. Tenga en cuenta lo siguiente: La FDA aprobó la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech COVID-19 como un régimen de dos dosis en personas a partir de los 16 años. La vacuna continúa disponible bajo una EUA para ciertos grupos poblacionales, incluyendo aquellos individuos de 5 a 15 años y para la administración de una tercera dosis en los grupos poblacionales establecidos en la sección de consentimiento más adelante.

### Consentimiento

He leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre la vacunación contra el COVID-19. Comprendo que, si la vacuna que recibo requiere la aplicación de dos dosis, se me deberán administrar (aplicar) dos dosis de dicha vacuna para considerarme completamente vacunado. Además, entiendo que se puede recomendar una dosis de refuerzo de la vacuna contra el COVID-19 al menos 2 meses después de la primera dosis de la vacuna de Janssen o al menos 6 meses después de la segunda dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech o Moderna si pertenezco a una determinada población (por ejemplo 65 años o más, 18 años o más y residente de un centro de cuidados a largo plazo, de 50 a 64 años con una condición médica preexistente, 18 a 49 años con un condición médica preexistente en función de los beneficios y riesgos individuales, 18 a 64 años y con un mayor riesgo de exposición y transmisión de COVID-19 a causa de mi trabajo o vivienda de alto riesgo y en función de los beneficios y riesgos individuales) para aumentar mi protección.

Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron satisfactoriamente (y me aseguré de que se le brindara la oportunidad de hacer preguntas a la persona mencionada anteriormente por la cual estoy autorizado a proporcionar consentimiento subrogado). Comprendo los beneficios y riesgos de la vacunación, tal como se describen.

Solicito que se me aplique la vacuna contra el COVID-19 a mí (o a la persona mencionada anteriormente por la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud y proporcionar consentimiento subrogado). Entiendo que esta vacuna no tendrá ningún costo para mí. Comprendo que cualquier fondo o beneficio por la administración de la vacuna será asignado y transferido al proveedor de vacunación, incluyendo los beneficios/fondos de mi plan de salud, de Medicare o de terceros financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda información necesaria (lo que incluye historias clínicas, copias de reclamos y facturas detalladas) para verificar el pago y en la medida de lo necesario para otros fines de salud pública, incluso para informar a los registros de vacunación correspondientes.

Beneficiario/sustituto/tutor del beneficiario (Firma)      Fecha / Hora      Nombre en letra de imprenta      Relación con el paciente (en caso de que no sea beneficiario)

No. de identificación del intérprete telefónico  
**OR**      Fecha / Hora

Firma: Intérprete      Fecha / Hora      Letra de imprenta: nombre del intérprete y relación con el paciente

**El vacunador debe completar la sección que figura a continuación**

**¿Qué vacuna recibió el paciente hoy?**

Nombre de la vacuna	Administración		Fecha de la hoja informativa de la EUA	Fabricante y número de lote
	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Moderna	NA	NA		
Janssen	NA			

Lugar de aplicación  Deltoide izquierdo  Deltoide derecho  Muslo izquierdo  Muslo derecho  
Dosis  0.3 ml  0.2 ml

He proporcionado información sobre la vacuna al paciente (y/o al padre, madre, tutor o sustituto, según corresponda) y se obtuvo consentimiento para vacunación.

Firma del vacunador: \_\_\_\_\_

\* El uso de este formulario es opcional.

Actualizado el 4 de noviembre de 2021