



FORMULARIO DE DESPISTAJE Y CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA DEL COVID-19

Nombre/ID de la Instalación Administradora: _____

SECCIÓN 1: INFORMACION SOBRE EL PACIENTE (EN LETRA IMPRENTA)

Nombre: Apellido: _____		Primer nombre: _____		Inicial del Segundo: _____	
Fecha de Nacimiento: Mes: _____		Día: _____		Año: _____	
N.º de teléfono (Paciente o Tutor): () _____					
Dirección: _____			Apto/Hab. #: _____		
Ciudad: _____		Estado: _____		Código Postal: _____	
Nombre del Tutor legal: Apellido: _____		Primer Nombre: _____		Inicial del Segundo: _____	
Sexo (Género asignado al nacer) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro no blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico			Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE DETECCIÓN DEL COVID-19

Marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Tiene hoy o ha tenido en algún momento de los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida repentina del sentido del olfato o del gusto, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos o diarrea?		
2. ¿Ha tenido un resultado positivo y/o se le ha diagnosticado con la infección de COVID-19 en los últimos 10 días?		
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, necesitó epinefrina o atención en un hospital) a una dosis previa de esta vacuna o a alguno de los ingredientes de esta vacuna?		
4. ¿Ha recibido alguna terapia de anticuerpos contra la COVID-19 en los últimos 90 días (por ejemplo, Regeneron, plasma de convalecientes de COVID, etc.)?		

SECCIÓN 3: GUÍA DE SELECCIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN CON LA VACUNA PARA LA COVID-19

Marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
5. ¿Lleva consigo un EpiPen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o látex?		
6. En el caso de las mujeres, ¿está usted embarazada o existe la posibilidad de quedarse embarazada?		
7. En el caso de las mujeres, ¿está amamantando actualmente?		
8. ¿Está usted inmunodeprimido o toma algún medicamento que afecte a su sistema inmunitario?		
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma algún anticoagulante?		
10. ¿Es usted una mujer de entre 18 y 49 años que está recibiendo la vacuna COVID-19 de Janssen (Johnson and Johnson)?		
11. Si es menor de 18 años, ¿sabe usted y/o su tutor que solo puede recibir la vacuna de Pfizer?		
12. ¿Ha recibido una dosis anterior de alguna vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué vacuna del fabricante ha recibido?		
*13. Si cumple con uno o más de los siguientes: 1) Una tercera dosis (o dosis adicional si la primera dosis fue Janssen [Jonson and Johnson]) para inmunodepresión moderada a grave (por ejemplo, receptor de un trasplante de órgano sólido, medicación inmunosupresora, tratamiento activo contra el cáncer, etc.), si tiene al menos 5 años de edad (para Pfizer-BioNTech COVID-19) o 18 años de edad (para la vacuna Moderna) y han transcurrido al menos 28 días desde la finalización de su serie primaria de COVID-19. 2) Para una dosis de refuerzo inicial, al menos 5 meses (3 meses luego de la tercera dosis si está inmunodeprimido) han transcurrido desde que se completó una serie primaria de vacuna de COVID-19 de ARNm y tiene 5 años de edad o más (solo vacuna de COVID-19 de Pfizer-BioNTech) o tiene 18 años de edad o más (vacuna de COVID-19 de Moderna). Para una dosis de refuerzo de Janssen (Johnson and Johnson), al menos 2 meses han transcurrido desde la dosis inicial de su vacuna de COVID-19 de Janssen (Johnson and Johnson), o al menos dos meses luego de su dosis inicial si está inmunodeprimido, y tiene 18 años de edad o más. 4) A) Se puede administrar una segunda dosis de refuerzo de la vacuna de COVID-19 de Pfizer-BioNTech al menos 4 meses luego de la primera dosis de refuerzo de cualquier vacuna de COVID-19 autorizada o aprobada a personas de 50 años o más o quienes tengan 12 años o más con ciertas condiciones inmunodepresoras. 1) B) Se puede administrar una segunda dosis de refuerzo de la vacuna de COVID-19 de Moderna al menos 4 meses luego de la primera dosis de refuerzo de cualquier vacuna de COVID-19 autorizada o aprobada a personas de 50 años o más o quienes tengan 18 años o más con los mismos tipos de condiciones inmunodepresoras.		

- Certifico que soy: (a) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 5 años de edad (sólo para el consentimiento de la vacuna de Pfizer); o (c) estoy legalmente autorizado a dar mi consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento al Departamento de Salud de Florida (DOH) o a sus agentes para administrar la vacuna COVID-19.
- El producto de la vacuna de COVID-19 de Pfizer/BioNTech ha sido completamente aprobado y licenciado por la Administración de Alimentos y Medicamento (FDA). Esta aprobación y licencia de la FDA es para uso en individuos de 16 años de edad y mayores solamente. El producto de la vacuna de COVID-19 de Moderna también ha sido plenamente aprobado y licenciado por la FDA. Esta aprobación y licencia de la FDA es para uso en individuos de 18 años de edad y mayores solamente
- Entiendo que este producto (aparte de Pfizer y Moderna para su uso sólo en las edades mencionadas anteriormente) no ha sido aprobado o licenciado por la FDA, pero ha sido autorizado para su uso de emergencia por la FDA, en virtud de una Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para prevenir la Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19) para su uso en individuos de 5 a 15 años de edad (solo Pfizer) o de 18 años de edad y mayores (Johnson and Johnson); y el uso de emergencia de este producto solo se autoriza mientras dure la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización del uso de emergencia del producto médico en virtud de la Sección 564(b)(1) de la Ley de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, a menos que la declaración se termine o la autorización se revoque antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados a la recepción de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna mencionada y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia sobre la vacuna COVID-19 que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.
- Reconozco que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más en casos específicos) después de la administración para su observación. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o acudiré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad al Estado de la Florida, al Departamento de Salud de la Florida (DOH), a la División de Administración de Emergencias de la Florida (FDEM) y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamo, conocido o desconocido, que surja de la administración de la vacuna mencionada anteriormente, o que esté relacionado de alguna manera con esta.
- Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de Florida SHOTS, el registro de inmunización de Florida y (b) el DOH incluirá mi información personal de inmunización en Florida SHOTS y mi información personal de inmunización será compartida con los Centros de Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al DOH, al FDEM, o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al DOH, al FDEM, o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago por el que soy financieramente responsable debe realizarse en el momento del servicio o, si el DOH me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.
- Confirmando la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad del DOH.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

Fecha: _____

Nombre del Representante y Relación con la Persona que Recibe la Vacuna, en letra de imprenta: _____

Centro (LD/RD)	Ruta	Fabricante (MVX)	N.º de lote Unidad de Uso/ Unidad de Venta	Fecha de Vencimiento	Fecha de la Hoja Informativa de la EUA
	IM				

Administrado en el lugar: nombre/ID de la instalación	
Administrado en el lugar: Tipo	
Dirección de la Administración	
CVX (producto)	
Organización remitente:	

Nombre del Vacunador en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sufijo del proveedor que administra la vacuna: _____