

# Consentimiento para Menores que Reciben la Vacuna COVID-19

<i>Información sobre la persona que recibirá la vacuna (en letra de imprenta)</i>			
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección		Edad	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono (    )
Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino		Raza (círculo):    Blanco    Negro o afroamericano    Asiático Indígena americano/Nativo de Alaska    Nativo de Hawái/Islas del Pacífico Desconocida    Otra	
<p><b>Consentimiento para la vacuna contra el COVID-19</b></p> <p>Solicito que se administre la vacuna contra el <b>COVID-19</b> a mí o a la persona nombrada anteriormente, por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.</p>			
<p>X _____</p> <p style="text-align: center;">Firma del paciente o tutor legal      Nombre en letra de imprenta del padre o tutor legal en el caso de menores      Fecha</p>			

**Notas:**

# Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy.

**Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?  <input type="checkbox"/> Pfizer    <input type="checkbox"/> Moderna    <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson &amp; Johnson)    <input type="checkbox"/> Otro producto _____</li> </ul>			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia.</li> <li><input type="checkbox"/> Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos.</li> </ul> </li> <li>Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19.</li> <li>Una vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál provocó la reacción inmediata.</li> </ul>			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante ( <i>blood thinner</i> )?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			
12. ¿Tiene materiales de relleno dérmico ( <i>dermal fillers</i> )?			

Formulario revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_