

# Formulario de consentimiento/documentación de la vacuna contra el COVID-19

## Información del paciente (escriba en letra de molde legible)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo biológico:  Femenino  Masculino  Desconocido o no informado

Origen étnico:  No hispano/latino  Hispano/Latino (Centroamérica/Sudamérica, México, Cuba, Puerto Rico, Otro)  
 Desconocido o no informado

Raza 1:  Blanco  Negro o afroamericano  Asiático  Indígena americano o nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Otro  Desconocido o no informado

Raza 2:  Blanco  Negro o afroamericano  Asiático  Indígena americano o nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Otro  Desconocido o no informado

Raza 3:  Blanco  Negro o afroamericano  Asiático  Indígena americano o nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Otro  Desconocido o no informado

Dirección residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de detección

### Preguntas de detección de COVID-19

1. En las últimas dos semanas, ¿dio positivo en la prueba de COVID-19 o actualmente lo están controlando para detectar COVID-19?  Sí  No
2. En las últimas dos semanas, ¿tuvo contacto con alguien que dio positivo por COVID-19?  Sí  No
3. ¿Tiene actualmente o tuvo en las últimas dos semanas fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea?  Sí  No
4. Temperatura del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Preguntas de detección de vacunación

1. ¿Está enfermo hoy (resfrío, fiebre, enfermedad aguda)?  Sí  No
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, comida, vacuna o al látex?  Sí  No
3. ¿Tuvo una reacción grave a una vacuna en el pasado?  Sí  No
4. ¿Tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?  Sí  No
5. ¿Está embarazada o hay posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?  Sí  No
6. ¿Está amamantando actualmente?  Sí  No
7. ¿Tiene algún trastorno de coagulación o está tomando anticoagulantes?  Sí  No
8. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo, como una enfermedad cardíaca, pulmonar, hepática, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre?  Sí  No
9. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn u otra condición que le dificulte combatir las infecciones?  Sí  No
10. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado o en los últimos 3 meses tomó medicamentos que lo debilitan, como cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o tratamientos de radiación?  Sí  No
11. Durante el último año, ¿recibió una transfusión de sangre o derivados de la sangre o le dieron inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?  Sí  No
12. En las últimas 2 semanas, ¿recibió alguna vacuna o una prueba cutánea de tuberculosis?  Sí  No
13. ¿Tiene alguna discapacidad?  Sí  No

Los adultos de cualquier edad con **ciertas condiciones médicas subyacentes** corren un mayor riesgo de padecer una enfermedad grave por el virus que causa el COVID-19. Esta lista no es exhaustiva; puede haber otras condiciones que aumenten el riesgo de desarrollar una enfermedad grave por COVID-19.

- Asma (moderado a grave)
- Cáncer
- Enfermedad cerebrovascular (afecta los vasos sanguíneos y el suministro de sangre al cerebro)
- Enfermedad renal crónica
- EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Fibrosis quística
- Diabetes mellitus tipo 1
- Diabetes mellitus tipo 2
- Síndrome de Down
- Enfermedades del corazón, como insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatías
- Hipertensión (presión alta)
- Inmunocomprometido (sistema inmunitario debilitado) por un trasplante de órganos sólidos
- Inmunocomprometido (sistema inmunitario debilitado) por trasplante de sangre o médula ósea, deficiencias inmunitarias, VIH, uso de corticosteroides, o uso de otros medicamentos que debiliten el sistema inmunitario
- Enfermedad hepática
- Condiciones neurológicas, como demencia
- Obesidad (índice de masa corporal [IMC] de 30 kg/m<sup>2</sup> o más, pero < 40 kg/m<sup>2</sup>) u obesidad severa (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>)
- Exceso de peso (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>, pero < 30 kg/m<sup>2</sup>)
- Embarazo
- Fibrosis pulmonar (tener tejido pulmonar dañado o con cicatrices)
- Enfermedad de células falciformes
- Fumador
- Talasemia (un tipo de trastorno de la sangre)

**Marque una de las casillas de abajo:**

- Doy fe de que tengo una de las condiciones enumeradas arriba.
- Doy fe de que tengo una condición crónica que me pone en mayor riesgo de padecer una enfermedad grave si contraigo COVID-19.
- Doy fe de que soy el cuidador adulto de un niño menor de 16 años con una condición crónica que pone al niño en mayor riesgo de enfermedad grave si se infecta con COVID-19.

Me dieron una copia de la Autorización de uso de emergencia (EUA) de COVID-19. Leí, me explicaron y entiendo la información en la EUA. Pido que me administren la vacuna. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de vacunación en el Sistema de información de vacunación de Kansas (KSWebIZ) para mí mismo.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente en letra de molde*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento*

**Si el paciente es menor de edad:**

\_\_\_\_\_  
*Firma de padre/tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de molde de padre/tutor*

**Para uso exclusivo de la oficina**

**Vacuna:** COVID-19 **Vía:** Intramuscular **Dosis:** \_\_\_\_\_ mL

**Fabricante:**  Moderna  Pfizer  J&J  Otro \_\_\_\_\_

**Numero de lote:** \_\_\_\_\_ **Sitio:** Deltoides  Izquierdo  Derecho

**Fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

**Administrado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha de administración:** \_\_\_\_\_  
*Firma y cargo del administrador de vacunas*