



## Clínicas de Vacunación Contra COVID-19

12 años y mayor

Vacuna de Pfizer

FECHA	HORARIO	LOCALIDAD	ENLACE PARA REGISTRARSE
lunes, 30 de agosto	2 – 5PM	Cabrillo High School 4350 Constellation Rd. Lompoc, CA 93436	<a href="https://kordinator.mhealthcoach.net/vcl/1629133705635">https://kordinator.mhealthcoach.net/vcl/1629133705635</a>
martes, 31 de agosto	2 – 4PM	Vandenberg Middle School 1145 Mountain View Blvd. Vandenberg SFB, CA 93437	<a href="https://kordinator.mhealthcoach.net/vcl/1629134255332">https://kordinator.mhealthcoach.net/vcl/1629134255332</a>
miércoles, 1 de septiembre	2 – 5PM	Lompoc High School 515 West College Ave. Lompoc, CA 93436	<a href="https://kordinator.mhealthcoach.net/vcl/1629134813075">https://kordinator.mhealthcoach.net/vcl/1629134813075</a>
jueves, 2 de septiembre	2 – 5PM	Hapgood Elementary School 324 S. A Street Lompoc, CA 93436	<a href="https://kordinator.mhealthcoach.net/vcl/1629135100002">https://kordinator.mhealthcoach.net/vcl/1629135100002</a>
viernes, 3 de septiembre	2 – 5PM	Lompoc Valley Middle School 234 S. N Street Lompoc, CA 93436	<a href="https://kordinator.mhealthcoach.net/vcl/1629135417509">https://kordinator.mhealthcoach.net/vcl/1629135417509</a>

### El día de su cita, por favor de traer:

1. Identificación/Licencia – si es aplicable
2. Tarjeta de Seguro Medico
3. Formulario de Consentimiento completado (hay uno específicamente para menores de edad)

# Consentimiento para la Vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech Para Personas Menores de 18 años

Sección 1: Información sobre el niño que recibirá la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech (por favor, escriba en letra de molde):

---

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)      Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)      Edad

---

Dirección      Ciudad      Estado      Código postal

---

Número de teléfono

Sección 2: Información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 (vacuna Pfizer).

Actualmente, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna de Pfizer para prevenir el COVID-19 en personas de 12 años o más. La FDA aún no ha aprobado la licencia de la vacuna para prevenir el COVID-19. Para obtener más información sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de la vacuna Pfizer, lea la [Hoja Informativa](#) de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para Receptores y Auxiliar de Cuidado Personal.

Sección 3: Consentimiento.

He revisado la información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna de Pfizer en la sección 2 anterior y comprendo los riesgos y los beneficios. Estoy de acuerdo en que:

1. He revisado este formulario de consentimiento y he leído y comprendido la "Hoja informativa para Receptores y Auxiliares de Cuidado Personal" sobre los posibles riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer.
2. Tengo la autoridad legal para autorizar que el niño nombrado arriba sea vacunado con la vacuna de Pfizer.
3. Comprendo que no estoy obligado a acompañar al niño nombrado arriba a la cita de vacunación y, al otorgar mi consentimiento a continuación, el niño recibirá la vacuna Pfizer esté o no presente en la cita de vacunación.
4. Entiendo que, según lo exija la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440), todas las vacunas serán reportadas al Registro de Inmunización de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño será compartida con el Departamento de Salud Local y el Departamento de Salud Pública del Estado, será tratada como información médica confidencial, y se utilizará solo para compartirla entre sí o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta aún más y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando el formulario web [Solicitud para bloquear mi registro CAIR](#).

OTORGO CONSENTIMIENTO para que el niño mencionado en la parte superior de este formulario sea vacunado con la vacuna PFIZER-BioNTech COVID-19 y he revisado y acepto la información incluida en este formulario.

---

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)

---

Firma

---

Fecha

---

Número de teléfono (si es distinto al de arriba)

---

Número de teléfono (si es diferente del anterior)

# Consentimiento informado para vacunación con vacuna inactivada

M  F  Otro

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
			(      )	-	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular

N.º de id. de Medicare Parte B: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_ N.º de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático  Negro o afroamericano  Hispano  Indio americano  Caucásico  Isleño del Pacífico  Dos o más  Otra: \_\_\_\_\_  
 Origen étnico:  Hispano o latino  No hispano ni latino  No lo dice (desconocido)

Vacunas que pide:  Gripe  COVID-19  Neumonía  Herpes zóster  Tétanos  Otra (especifique): \_\_\_\_\_

¿En qué brazo prefiere que le pongan la vacuna? Escriba su peso SI PESA MENOS de 66 libras: \_\_\_\_\_ lb.  
 (Encierre en un círculo)    Izquierdo                      Derecho                                      Nombre del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_  
 Dirección del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

Preguntas de evaluación – NOTA: SI SE COMPLETARON EN LÍNEA, REVISE LAS RESPUESTAS CON EL PACIENTE PARA ASEGURARSE DE QUE NO HAYA CAMBIOS		Sí	No	
1.	¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	¿Tiene alguna alergia grave a ALGÚN medicamento, comida, mascota, alérgeno ambiental, medicamento oral o al látex (p. ej., huevos, gelatina, thimerosal, neomycin, gentamicin, polyethylene glycol (PEG), polisorbate, etc.)? Si la respuesta es "Sí", lístelos: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	¿Ha tenido alguna vez una reacción grave o se ha desmayado después de recibir una vacuna o un medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	¿Recibió ya una dosis de la vacuna del COVID-19? (Solo COVID-19) Si la respuesta es "Sí", ¿qué producto recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> J&J    Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	¿Recibió terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) para tratar el COVID-19 en los últimos 90 días? (Solo COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	¿Tiene un trastorno convulsivo o un trastorno cerebral? (Solo Tdap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	¿Tiene alguna condición o toma algún medicamento que pueda debilitar su sistema inmunitario? Si la respuesta es "Sí", especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Para mujeres: ¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Necesidades de vacunación		Sí	No	No lo sé
9.	Marque todas las que se apliquen a usted: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años Si marcó alguna de arriba, ¿recibió alguna vez la vacuna de la NEUMONÍA? Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Pacientes mayores de 50 años: ¿Recibió alguna vez la vacuna del HERPES ZÓSTER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Hace cuántos años recibió la vacuna ANTITETÁNICA por última vez?	_____ años		<input type="checkbox"/>
12.	Pacientes menores de 45 años: ¿Recibió alguna vez la vacuna del HPV (virus del papiloma humano)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Pacientes de 11 a 23 años: ¿Recibió alguna vez la vacuna de la meningitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Indique sobre qué vacunas quiere recibir más información <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas y rubeola) <input type="checkbox"/> Vacunas necesarias para viajar <input type="checkbox"/> Otras: _____			

**Consentimiento informado: Lea y firme.**

Firmando abajo, doy mi consentimiento para que me administre las vacunas un farmacéutico o un estudiante de farmacia supervisado o un técnico, u otra persona autorizada (si la ley o las directrices estatales/federales lo permiten) que sea empleado de Albertsons Companies o de una de sus farmacias afiliadas, o esté contratado por estas, y para que se comuniquen conmigo al número que di arriba, para hablar de otras vacunas que deba recibir o para las que sea elegible. La información de arriba es verdadera y correcta. Confirmando que cumplo los criterios de elegibilidad para la vacunación (si los hay); si soy el padre/madre/tutor de un paciente menor, confirmo que el paciente menor cumple los criterios de elegibilidad para la vacunación. Además, libero a Albertsons Companies y a sus subsidiarias, afiliadas, representantes, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluyendo cualquier acto u omisión, que sea consecuencia o que surja como resultado de mi vacunación o la del menor. Entiendo que: 1) He decidido voluntariamente recibir la vacuna y entiendo que debo pagar todos los productos y servicios que reciba, si corresponde. 2) Es posible que sea responsable del pago después de la fecha de servicio, si el producto o el servicio se factura a mi beneficio médico. 3) Soy mayor de edad y puedo firmar este formulario de consentimiento, o soy el padre/madre/tutor del paciente menor de edad. 4) Informaré de inmediato al farmacéutico de cualquier condición que pueda afectar negativamente a mi salud o a la eficacia de la vacuna. 5) Me informaron de los potenciales efectos secundarios después de la vacunación, de cuándo podrían aparecer, y de cuándo y dónde debería buscar tratamiento. Soy responsable de hacer un seguimiento con mi médico, asumiendo los gastos, si tengo algún efecto secundario. 6) Debo permanecer en el área para observación por 15 minutos, a menos que tenga un historial de reacciones alérgicas inmediatas de cualquier gravedad a vacunas o tratamientos inyectables, o si tengo un historial de anafilaxia por cualquier causa, en ese caso debo quedarme en el área para observación por 30 minutos después de la vacunación. Si salgo del área y no espero, acepto que lo hago a mi propio riesgo y contra el consejo del profesional que me vacunó. 7) Leí, o me leyeron, la Declaración de información de la vacuna (VIS) o la Autorización para uso de emergencia (EUA) de las vacunas que me administrarán. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y respondieron todas mis preguntas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas. 8) Me ofrecieron o me dieron una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de la compañía, según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA). 9) Esta vacunación, incluyendo cualquier vacunación que tenga más protecciones de privacidad según las leyes federales o estatales, está sujeta al informe por parte de la farmacia o de sus socios comerciales a un registro de vacunaciones, que puede compartir mi información de vacunación con otros, y a mi médico de atención primaria, al médico que dio la autorización o al Departamento de Salud local, si corresponde, y autorizo dichas revelaciones. (Solo para Nueva Jersey: Autorizo \_\_\_\_ no autorizo \_\_\_\_ que se informe a mi proveedor de atención primaria de que recibí esta vacuna. Entiendo que, si no marco si autorizo o no autorizo, servirá como autorización). (Solo para Dakota del Sur y Massachusetts: Entiendo que tengo derecho a negarme a que se compartan mis datos con las partes mencionadas arriba mediante tales registros).

X  
 Firma del paciente o del padre/madre/tutor del paciente menor de edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

For Pharmacy Use Only								
Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Publication Date
							R / L Deltoid	
							R / L Deltoid	
							R / L Deltoid	

Name of Administrator: \_\_\_\_\_ Administration Date: \_\_\_\_\_  NPP Offered    RPh Counseling (Please circle): Accepted / Declined  
 RPh Signature [Indicates (1) VIS/EUA Provided (2) Counseling Offered and (3) Patient Eligibility Verified]: \_\_\_\_\_  
 WA ONLY: Substitution Permitted: \_\_\_\_\_ Dispense as Written: \_\_\_\_\_  
 RxBIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
 Medical (Name, ID#, Group#, Payer ID - if UHC): \_\_\_\_\_  
 Billing Info (off-site only) Clinic Name: \_\_\_\_\_ Clinic Address: \_\_\_\_\_