

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 _____

Edad _____

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?			
<i>(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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
<ul style="list-style-type: none"> • Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?			
<i>(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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
5. Marque todo lo que corresponda:			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años.			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.			
<input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.			
<input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.			
<input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.			
<input type="checkbox"/> Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej. por infección por el VIH, cáncer) o recibo medicamentos o terapias inmunodepresoras.			
<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.			
<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (<i>blood thinner</i>).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT).			
<input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente.			
<input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)			

Formulario revisado por _____

Fecha _____

Seattle Cancer Care Alliance
1354 Aloha St. Seattle, WA 98109

Declaración del paciente receptor de la vacuna contra la COVID-19

Nombre del paciente (apellido, nombre): _____ FDN: ____/____/____

Teléfono: _____ Móvil: _____ Correo: _____
(Esta información se usará para contactarlo y recordarle la segunda dosis).

Dirección: _____ City, Ciudad, estado, código postal: _____

La información recopilada en esta sección nos ayuda a garantizar una atención equitativa y enfocada al paciente:

Sexo al nacer (marque uno):

Masculino: <input type="checkbox"/>	Femenino: <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------

Identidad de género (marque una):

Masculino: <input type="checkbox"/>	Femenino: <input type="checkbox"/>	No binario <input type="checkbox"/>	No especificado/indeterminado: <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---

Origen étnico (marque uno):

Hispano o latino (que incluye español, mexicano, puertorriqueño, cubano, etc. <input type="checkbox"/>	No hispano, persona que no es de cultura u origen español <input type="checkbox"/>
--	--

Raza: (Marque todo lo que corresponda):

Negro o afroamericano <input type="checkbox"/>	Asiático <input type="checkbox"/>	Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/>
Blanco <input type="checkbox"/>	Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	Orto/a <input type="checkbox"/>

Declaraciones:

- He tomado la decisión de recibir la vacuna contra la COVID-19 por mi cuenta y de forma libre. Sé que tengo la opción de no recibir la vacuna. Solicito que se me administre la vacuna, o se administre a la persona nombrada anteriormente para la cual hago esta solicitud. He recibido la (Hoja informativa para receptores de la vacuna y cuidadores) para esta vacuna. La hoja informativa contiene información sobre los efectos secundarios y las reacciones adversas. He leído o me han leído la información proporcionada sobre la vacuna contra la COVID-19.
- Sé que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de esta vacuna. Sé que no es una vacuna totalmente autorizada por la FDA. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron a mi satisfacción. Actualmente, tengo conocimiento de la vacuna, las alternativas, los beneficios y los riesgos, en la medida en que se conocen y se desconocen en este momento.
- Sé que debo permanecer en el área de vacunación o en un área indicada por mi proveedor de atención médica después de recibir la inmunización para estar cerca de mi proveedor de atención médica si tengo alguna reacción adversa. Si tengo antecedentes de ciertas reacciones alérgicas, debo esperar 30 minutos. Si no tengo antecedentes de dichas reacciones alérgicas, debo esperar 15 minutos.
- Sé que si tengo una reacción alérgica grave, como dificultad para respirar, hinchazón de la cara o la garganta, latidos rápidos del corazón, sarpullido en todo el cuerpo o mareos y debilidad, debo llamar al 9-1-1 o acudir al hospital más cercano. Sé que puedo llamar a mi médico si tengo algún efecto secundario que me moleste o no desaparezca.
- Me pidieron que me uniera al programa V-SAFE. El programa realiza controles de salud a las personas que reciben la vacuna contra la COVID-19. Sé que debo informar sobre los efectos secundarios de la vacuna al Sistema para Reportar Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) de la FDA/CDC al 1-800-822-7967 o en <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>.
- Sé que debo recibir dos dosis de la vacuna contra la COVID-19 y recibir la misma vacuna cada vez. Sé que al recibir todas las vacunas no hay ninguna certeza de que me volveré inmune (no contraeré el virus) o de que no tendré efectos secundarios. Sé que puedo elegir no recibir la segunda dosis de la vacuna. Sin embargo, si no recibo la segunda dosis, la posibilidad de ser inmune puede disminuir.

Divulgación de registros: Comprendo que la organización que me proporciona la vacuna puede estar obligada a divulgar, o puede divulgar voluntariamente, mi información médica relacionada con la vacuna a mi médico de cabecera, mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y registros estatales o federales u otras autoridades de salud pública, para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También comprendo que la organización que me proporciona la vacuna utilizará y divulgará mi información médica como se describe en el Aviso de políticas de privacidad que puedo recibir si lo solicito o lo busco en su sitio web.

Firma del paciente (o padre/tutor/representante autorizado): _____ Fecha: _____

Nombre del padre, tutor o representante autorizado: _____ Fecha: _____

Si está firmando en nombre del paciente, está declarando que está autorizado para tomar las decisiones requeridas en nombre del paciente.