



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"/> Hombre | | 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 |
| ID. Compañía de Seguros Primaria #: _____ | | Gpo. #: _____ | | Compañía de Seguros: _____ | |
| Compañía de Seguros: _____ | | Teléfono de la Compañía de Seguros # _____ | | Nombre del Asegurado: _____ | |
| Parentesco: _____ | | F.D.N. del Asegurado _____ | | ID. Compañía de Seguros Secundaria #: _____ | |
| Gpo. #: _____ | | Compañía de Seguros : _____ | | Teléfono de la Compañía de Seguros # _____ | |
| Nombre del Asegurado: _____ | | Parentesco: _____ | | F.D.N. del Asegurado _____ | |
| ¿Designación del número de dosis de la vacuna para el COVID-19? | | | | <input type="checkbox"/> Primera Dosis <input type="checkbox"/> Segunda Dosis <input type="checkbox"/> Tercera Dosis* | |

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 (nariz tapada) o secreción nasal (moqueo), náuseas, vómitos o diarrea? | | |
| 2. ¿Ha tenido un resultado positivo en una prueba de detección de infección con la COVID-19 o se la han diagnosticado esta en los últimos 10 días? | | |
| 3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., 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 (p. ej., 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 Epi-pen 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 sólo 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 ésta es su tercera dosis, ¿está usted de moderada a gravemente inmunodeprimido (por ejemplo, receptor de un trasplante de órgano sólido, medicación inmunosupresora, tratamiento activo contra el cáncer, etc.) y han transcurrido al menos 28 días desde la finalización de su serie primaria de ARNm COVID-19 o A) tiene 65 años o más? B) ¿Reside usted en un centro de cuidados de larga duración? C) ¿Tiene entre 18 y 64 años de edad y padece una o varias enfermedades subyacentes? D) ¿Tiene usted entre 18 y 64 años de edad con un mayor riesgo de exposición y transmisión de COVID-19 debido a su entorno laboral o institucional y E) ¿Han transcurrido al menos 6 meses desde su serie primaria de Pfizer-BioNTech?. | | |

- 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 12 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.
- Actualmente, Pfizer es el único producto de la vacuna COVID-19 que ha sido completamente aprobado y licenciado por la FDA. Esta aprobación y licencia de la FDA es para uso en individuos de 16 años de edad y mayores solamente. Entiendo que este producto (aparte de Pfizer 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 EUA para prevenir la Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19) para su uso en individuos de 12 a 15 años de edad (sólo Pfizer) o de 18 años de edad y mayores (Moderna y Johnson and Johnson) ; y el uso de emergencia de este producto sólo 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 FD&C, 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.
- Entiendo 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.
- Entiendo 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.
- Confirmo la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad del DOH.

Firma del Paciente o Representante Autorizado _____

Fecha: _____

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

| 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: _____