

5-11 años: FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNA PFIZER-BioNTech CONTRA EL COVID-19

Nombre del paciente (*Patient's Name*): _____

Fecha de nacimiento (*Date of Birth*): _____ Dirección (*Address*): _____ Ciudad (*City*): _____

Estado (*State*): _____ Condado (*County*): _____ Código postal (*Zip Code*): _____ Correo electrónico (*Email*): _____

Cuestionario de evaluación - No administrar si la respuesta es NO. (Do not administer if the answer is NO.)	
1. ¿Su hijo tiene entre 5 y 11 años?	Sí (Yes) No
2. ¿Si está recibiendo la segunda dosis, ¿recibió la primera dosis al menos hace 21 días?	Sí (Yes) No N/A
3. Para pacientes inmunocomprometidos que están recibiendo la dosis para completar el esquema: ¿recibió la segunda dosis de la vacuna contra el COVID por lo menos hace 28 días?	Sí (Yes) No N/A
Vacuna de Refuerzo - No administrar si la respuesta es NO. (Do not administer if the answer is NO.)	
4. ¿Su hijo tiene entre 5 y 11 años?	Sí (Yes) No
5. ¿Han pasado al menos dos meses desde que completó el esquema primario (de Pfizer o Moderna) o recibió un refuerzo monovalente (de Pfizer o Moderna)?	
No administrar si la respuesta es SÍ. (Do not administer if the answer is YES.)	
6. ¿Su hijo se siente enfermo hoy o tiene fiebre? Síntomas del COVID-19: temperatura mayor o igual a 100.0 F, síntomas respiratorios (tos, dificultad para respirar), pérdida nueva del olfato o del gusto, dolor de cabeza, dolor de garganta o dolores musculares.	Sí (Yes) No
7. ¿Su hijo ha sido diagnosticado con el síndrome inflamatorio multisistémico y los síntomas surgieron en los últimos 90 días?	Sí (Yes) No
8. ¿Su hijo ha dado positivo al COVID-19 en los últimos 10 días?	Sí (Yes) No
9. *¿Su hijo tiene antecedentes de una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxis) a una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 o a alguno de sus componentes?	Sí (Yes) No
10. *¿Tiene antecedentes de una reacción alérgica inmediata, de cualquier gravedad, a una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 o a alguno de sus componentes? Incluido el glicol de polietileno (PEG).	Sí (Yes) No
11. *¿Tiene antecedentes de una reacción alérgica inmediata, de cualquier gravedad, al polisorbato?	Sí (Yes) No
*No debe recibir la vacuna contra el COVID-19 en este momento, a menos que lo haya evaluado un alergólogo inmunólogo y se haya determinado que la persona puede vacunarse de manera segura (por ejemplo: bajo observación, en un entorno donde se disponga de atención médica avanzada).	
Monitorear si la respuesta es SÍ. (Monitor if YES.)	
12. ¿Su hijo tiene algún padecimiento que haga que le salgan moretones o sangre fácilmente? (Si es así, monitorear para asegurarse de que no sangre después de la vacunación.)	Sí (Yes) No
13. ¿Tiene antecedentes de una reacción alérgica inmediata, de cualquier gravedad, a alguna vacuna o terapia inyectada (intramuscular, intravenosa o subcutánea, o terapias no relacionadas con los componentes de la vacuna contra el COVID-19 o el polisorbato), o antecedentes de anafilaxis debido a cualquier causa? (Si es así, debe estar en observación por 30 minutos).	Sí (Yes) No

Certifico que los antecedentes médicos anteriores son verídicos y completos a mi leal saber y entender. Entiendo que esta vacuna contra el COVID-19 se ha autorizado para uso de emergencia y que la FDA no ha aprobado su uso para las edades entre los 5 y los 11 años. Recibí y leí la "Hoja informativa de la vacuna para beneficiados y tutores" y tuve la oportunidad de hacer preguntas. Se me han explicado los riesgos conocidos y potenciales y los beneficios de la vacuna, así como las alternativas disponibles. Entiendo que puedo aceptar o rechazar la vacuna. Si soy empleado o estoy afiliado de alguna manera a SSM, autorizo que se comparta la información respecto a mi vacunación con el Departamento de Salud Laboral de SSM Health de ser necesario. Por medio de la presente, autorizo a que se me administre o se le administre al menor o persona incapacitada anteriormente mencionada la vacuna contra el COVID-19.

Fecha (*Date*): _____ Parentesco (encierre uno): **Paciente** **Padre/Madre** **Tutor legal** ***Persona responsable**
*(Relationship): self parent legal guardian *responsible person*

Firma (*Signature*): _____ Nombre en letra molde (*Print Name*): _____

Tipo de vacuna (<i>Type of Vaccine</i>)	Dosificación (<i>Dosage</i>)	# de lote (<i>Lot #</i>)	Fecha de vencimiento (<i>Exp Date</i>)	# de dosis (<i>Dose #</i>)
Esquema primario monovalente: vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 <i>Primary Monovalent Series: Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine</i>	0.2 mL			
Refuerzo bivalente: vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 <i>Bivalent Booster: Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine</i>	0.2 mL			

Sitio (*Site*): **Deltoide izquierdo (Left Deltoid)** _____ **Deltoide derecho (Right Deltoid)** _____

Firma del administrador de la vacuna (*Vaccine Administrator Signature*): _____ Fecha de la vacunación (*Date given*): _____

Nombre en letra de molde (*Print Name*): _____

Se entregó la información acerca de la vacuna (*Vaccine information provided*): Sí (Yes) No