

**Dosis del esquema primario y de refuerzo para personas de 12 años de edad o más:  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNA PFIZER-BioNTech CONTRA EL COVID-19**

Nombre del paciente (*Patient's Name*): \_\_\_\_\_ Apellido de soltera (*Maiden 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**

**Esquema primario monovalente: no administrar si la respuesta es NO. (Monovalent Primary Series - Do not administer if the answer is NO)**

- |   |          |    |     |
|---|----------|----|-----|
| 1. ¿Es mayor de 12 años de edad?  | 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 <b>pacientes inmunocomprometidos</b> 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 |

**Refuerzo bivalente: no administrar si la respuesta es NO. (Bivalent Booster - Do not administer if the answer is NO)**

- |  |          |    |
|--|----------|----|
| 4. ¿Es mayor de 12 años de edad?   | Sí (Yes) | No |
| 5. ¿Han pasado al menos dos meses desde que completó el esquema primario o recibió un refuerzo de Pfizer, Moderna o J&J (Janssen)? | Sí (Yes) | No |

**Consultar con el médico si la respuesta es SÍ. (Consult provider if the answer is YES.)**

- |   |          |    |
|---|----------|----|
| 6. ¿Se siente enfermo hoy o tiene fiebre? | Sí (Yes) | No |
|---|----------|----|

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 dolor muscular

- |  |          |    |
|--|----------|----|
| 7. ¿Tiene antecedentes del síndrome inflamatorio multisistémico y los síntomas surgieron en los últimos 90 días?   | Sí (Yes) | No |
| 8. ¿Ha obtenido un resultado positivo en alguna prueba para el COVID-19 en los últimos 10 días?  | Sí (Yes) | No |
| 9. *¿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. ¿Tiene algún padecimiento que haga que le salgan moretones o sangre fácilmente? (Si es así, monitorear para asegurarse de que no haya sangrado 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 la FDA ha aprobado esta vacuna monovalente contra el COVID-19 para personas mayores de 12 años como un esquema primario de dos dosis y ha aprobado la vacuna bivalente contra el COVID-19 como un único refuerzo para mayores de 12 años. Recibí y leí la "Hoja informativa de la vacuna para receptores y cuidadores" 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 a mí mismo o se le administre a la persona menor de edad o incapacitada mencionada anteriormente la vacuna contra el COVID-19.**

Fecha (*Date*): \_\_\_\_\_ Parentesco (encierre uno): paciente padre/madre guardián 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> )	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>	0.3 mL			
Refuerzo bivalente: vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 <i>Bivalent Booster: Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine</i>	0.3 mL			

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

Fecha de vacunación (*Date given*): \_\_\_\_\_ Se entregó la información acerca de la vacuna (*Vaccine information provided*):  Sí (Yes)  No

Firma del administrador de la vacuna: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
(*Vaccine Administrator Signature*) (Print Name)