



Vaccinator: _____
Immtrac Number: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ocupación/Tipo de Trabajo: _____

Formulario de detección y consentimiento de inmunización COVID-19 DE HOPE Clínica

1. He leído la hoja informativa de autorización de uso de emergencia Pfizer/MODERNA/Janssen Johnson and Johnson COVID-19? Sí No
2. Antecedentes de una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier vacuna que requirió atención médica en el pasado?? Sí No
3. Antecedentes de una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier medicamento inyectable que requirió atención médica en el pasado? Sí No
4. Antecedentes de una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier alimento, insecto, látex que requirió atención médica en el pasado? Sí No
5. Antecedentes de alergia a los siguientes ingredientes: messenger ribonucleic acid (mRNA), lipids (SM-102, polyethylene glycol [PEG]2000dimyristoylglycerol [DMG], cholesterol, and 1,2-distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine [DSPC]), tromethamine, tromethamine hydrochloride, acetic acid, sodium acetate, and sucrose, recombinant, replication-incompetent adenovirus type 26 expressing the SARS-CoV-2 spike protein, citric acid monohydrate, trisodium citrate dihydrate, ethanol, 2-hydroxypropyl-β-cyclodextrin (HBCD), polysorbate-80, sodium chloride, lipids ((4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldecanoate), N-ditetradecylacetamide, potassium chloride, monobasic potassium phosphate, dibasic sodium phosphate dihydrate? Sí No
6. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones/situaciones de salud:
 - a. ¿Fiebre alta o enfermedad grave en los últimos 7 días? Sí No
 - b. ¿Trastorno de sangrado o está en un anticoagulante? Sí No
 - c. ¿Inmunocomprometidos o está en un medicamento que afecta el sistema inmunitario? Sí No
 - d. ¿Embarazada o planea quedar embarazada? Sí No
 - e. ¿Lactancia materna? Sí No
 - f. ¿Tiene materiales de relleno dérmico (ej: botox)? Sí No
7. ¿Recibió otra vacuna COVID-19? Sí No En caso afirmativo, complete los siguientes espacios en blanco
 - a. Fecha de la vacuna _____
 - b. Marca de vacuna recibida ___ PFIZER ___ MODERNA ___ Janssen (Johnson & Johnson)
8. ¿Has tenido una prueba COVID positiva? Sí No En caso afirmativo, complete los siguientes espacios en blanco
 - a. Fecha de la prueba positiva _____
9. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días, incluida la vacuna contra la gripe?
Sí No
10. ¿Ha recibido plasma convaleciente para SARS-CoV-2 (COVID) en los últimos 90 días? Sí No
11. ¿Ha recibido anticuerpo monoclonal para SARS-CoV-2 (COVID) en los últimos 90 días? Sí No

12. Consentimiento de la Administración de Vacunas: Solicito que me administre la vacunación COVID-19. Entiendo que cualquier dinero o beneficio para administrar la vacuna será asignado y transferido al proveedor vacúnante, incluyendo beneficios/ dinero de mi plan de seguro médico, Medicare, Medicaid u otros terceros que sean financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidos, entre otros, los registros médicos, copias de reclamaciones y facturas detalladas) para verificar el pago y según sea necesario para otros fines de salud pública, incluida la presentación de informes a los registros de vacunas aplicables. Acepto informar inmediatamente cualquier reacción adversa significativa a mi médico de atención primaria. Estoy de acuerdo en continuar con las prácticas de seguridad, como usar una máscara facial, distanciamiento social y lavado frecuente de manos. Entiendo que la protección contra COVID-19 puede no ser efectiva hasta al menos 14 días después de la segunda dosis. Acepto recibir la segunda dosis de la vacuna COVID-19 en 28 días a partir de la primera dosis si estoy recibiendo la vacuna MODERNA y en 21 días con la vacuna PFIZER.. Johnson & Johnson es solamente una dosis. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación.

Firma/Firma de padre o tutor del menor

Nombre Escrito

Fecha/Hora