**Vacuna de Janssen contra el COVID-19**

**FAVOR USAR LETRA DE MOLDE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PRIMER* nombre del paciente:** ***APELLIDO:*** | | | | |
| **INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:** | | |  | |
| **Apellido de soltera** (opcional): | | |  | |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | **Edad actual:** **Sexo**:  F  M  Otro | | | |
| **Raza:**Blanca Negra o afroamericana Asiática Indígena americana o natural de Alaska Otra  Natural de Hawái o de Islas del Pacífico Desconocida | | | | |
| **Etnia:** Hispana o latina No hispana ni latina Desconocida | | | | |
| **¿Tiene alguna discapacidad?** Sí No Prefiero no contestar | | | | |
| **Dirección:** | **Ciudad:** | **Estado:** | | **Código postal:** |
|  |  | | |  |
| **Celular: ( )** | **Teléfono alternativo: ( )** | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna inyectable contra el COVID. Responda a estas preguntas respecto a la persona que recibirá la vacuna.**  *Si una pregunta no está clara, solicite explicación a un proveedor de salud.* | | | |
| 1. | ¿Tiene menos de 18 años de edad?……………………………………………………………………………….……… | Sí | No |
| 2. | ¿Tiene antecedentes de alguna reacción alérgica inmediata (grave) a alguno de los componentes de la vacuna contra la COVID-19 de Janssen [incluido el polisorbato]?...............................................................................................................................  **Causa/Alergia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Sí | No |
| 3. | ¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas inmediatas de cualquier intensidad a alguna sustancia?…………………………………………………………………………………………………………………….…..…… | Sí | No |
|  | **Causa/Alergia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 4. | ¿Le han puesto una vacuna contra el COVID-19 antes?………………………………………………….………  **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_ **Fabricante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Sí | No |
| 5. | ¿Está enfermo hoy, por ejemplo, con infección sintomática/asintomática de COVID-19?.….... | Sí | No |
| 6. | ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos contra el COVID-19 en los últimos 90 días?….….. | Sí | No |
| 7. | ¿Ha sido diagnosticado con el Síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A, por sus siglas en inglés)?......................................................................................................................... | Sí | No |
| 8. | ¿Está embarazada o amamantando?……………………………………………………………..………………….…. | Sí | No |

**Solicitud de administración de vacuna contra el COVID-19 para el receptor arriba mencionado:** Reconozco que he recibido la declaración de datos de la vacuna o la hoja informativa de autorización para uso de emergencia. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios.

**FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O TUTOR/PORTADOR DE PODER LEGAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Este consentimiento vale por 12 meses desde la fecha en que se firmó.***