**Vacuna de Pfizer BioNTech o Moderna 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 reacciones alérgicas inmediatas de cualquier intensidad después de una dosis previa de la vacuna de ARNm contra el COVID-19 o cualquiera de sus componentes (incluso el PEG -polietilenglicol- o el polisorbato?……………………………………..…… | [ ]  Sí | [ ]  No |
|  | **Causa/Alergia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 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. Estoy al tanto de que, para brindar protección contra el virus que causa el COVID-19, puede que se requieran dos dosis de esta misma vacuna. Reconozco que puede ser que reciba un recordatorio de la segunda dosis, vía texto (si doy mi número de celular, puede que apliquen cobros estándar de mensajería), por teléfono o correo.

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

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

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