

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ADH PARA LA INMUNIZACIÓN CONTRA COVID-19

Solo Para Uso de Proveedores COVID-19 Nombre de la Clínica/Código: _____

Tipo de establecimiento: (clínica, departamento de salud, farmacia etc..) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha del Servicio: _____

Persona que recibe la vacuna:

Primer Nombre (legal): _____ **Apellido:** _____

Fecha de Nacimiento: / /

1. ANTECEDENTES MÉDICOS: Complete las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna.

Si responde "SÍ", es posible que no pueda recibir la vacuna contra COVID-19.

Personal del ADH: * Si responde SI y necesita información adicional, notifique a su Enfermera Especialista en Enfermedades Contagiosas Local (CDNS por sus siglas en inglés) o al Departamento de Salud de Arkansas, Sección de Inmunizaciones @ 501-537-8969 Refiérase a la Lista de Chequeo Pre-Vacunación para información sobre vacunas COVID-19 para aclarar preguntas: https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/pre-vaccination-screening-form-sp.pdf	*SI	NO
¿Se ha puesto la vacuna contra COVID-19 antes? Si responde si, ¿qué tipo y en qué fecha?		
¿Ha tenido fiebre hoy? ¿Está enfermo? ¿Tiene usted COVID-19 y está en aislamiento? ¿Está en cuarentena por una exposición a COVID-19?		
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguna vacuna contra COVID-19, o a un componente de la vacuna contra COVID-19 (incluyendo polietilenglicol [PEG] que se encuentra en algunos medicamentos, o laxativos y preparaciones para colonoscopias, o polisorbato, el cual se encuentra en algunas vacunas y cubiertas de pastillas, o esteroides intravenosos)?		
¿Ha tenido alguna reacción alérgica que cause urticaria, hinchazón, dificultad para respirar (incluyendo sibilancias) o anafilaxia a una vacuna que no sea COVID-19 o un medicamento inyectable que requirió tratamiento con epinefrina (EpiPen) o tratamiento en un hospital? Las reacciones severas o anafilácticas a alimentos, mascotas, venenos, alergias ambientales o a medicamentos orales no son contraindicaciones o de precaución para la vacunación contra COVID-19.		
¿Tiene alteraciones del sangrado o está tomando medicamentos anticoagulantes para adelgazar la sangre?		
¿Ha recibido trasplante de células hematopoyéticas o terapia con células CAR-T desde que recibió la vacuna contra COVID-19? Usted debiera ser revacunado con una serie primaria de vacunas al menos 12 semanas después del trasplante o la terapia con células CAR-T.		
¿Desarrolló miocarditis o pericarditis después de la primera dosis de la vacuna contra COVID-19? ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis anteriores a la vacunación contra COVID-19? ¿Es usted un hombre entre las edades de 12 – 29 años?		
¿Está usted embarazada, o planea embarazarse? Las mujeres embarazadas, amantando, y en postparto de 18 a 49 años deben estar conscientes del riesgo raro de trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS por sus siglas en inglés) que puede presentarse después de la aplicación de la vacuna Janssen contra COVID-19, y la disponibilidad de otras vacunas contra COVID-19 autorizadas o aprobadas por la FDA.		
¿Está usted inmunocomprometido(a)? ¿Tiene alguna condición que debilite su sistema inmunológico? ¿Está recibiendo alguna terapia inmunosupresora? Usted puede recibir cualquier vacuna contra COVID-19 autorizada o aprobada por la FDA a menos tenga alguna contraindicación por otra razón. Sin embargo, necesita consejería especial sobre la vacuna.		
¿Ha tenido historia de trombocitopenia inducida por heparina (HIT por sus siglas en inglés) o trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS)? Si han pasado 90 días o menos desde que TTS se resolvió, puede recibir la vacuna contra COVID-19 Pfizer-BioNTech o Moderna. Después de 90 días que TTS se resolvió, puede vacunarse con cualquiera de las vacunas contra COVID-19 autorizadas o aprobadas por la FDA. Las personas que desarrollan TTS después de la vacuna inicial de Janssen no deben recibir la vacuna de refuerzo de Janssen.		
¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia como parte del tratamiento de COVID-19 o como profilaxis después de una exposición (PEP por sus siglas en inglés)? Posponga la vacunación 90 días después del tratamiento y posponga 30 días después de PEP.		
¿Ha tenido Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS por sus siglas en inglés)? Posponga la vacunación al menos 90 días. La decisión sobre la vacuna contra COVID-19 debe ser entre el paciente, tutor, equipo clínico, o especialista.		
¿Tiene antecedentes de Síndrome de Guillain Barre (GBS por sus siglas en inglés)? Las personas con antecedentes de GBS pueden recibir cualquier vacuna contra COVID-19 autorizada o aprobada por la FDA. Quienes tuvieron GBS después de recibir la vacuna Janssen se les deben saber las opciones de refuerzo con la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna para aplicar al menos 8 semanas después de la dosis de Janssen.		

NOTA: Quienes reciben la vacuna Janssen COVID-19 deben buscar atención médica inmediata si desarrollan dificultad para respirar, dolor de pecho, dolor o hinchazón de piernas, dolor abdominal persistente, síntomas neurológicos (incluyendo dolores de cabeza severo o persistente o visión borrosa), náusea, vomito, petequias, o fácil sangrado en algún lugar fuera del sitio de vacunación en los 4 a 30 días de haber recibido la vacuna Janssen.

NOTA: Es posible que debe recibir una segunda dosis de vacuna contra COVID-19 a los 21 o 28 días después de la dosis inicial. Revise su tarjeta de registro de vacunación COVID-19 para comprobar la fecha de vacunación inicial y la fecha de aplicación de la segunda dosis. Contacte al proveedor de la vacuna, PCP o a su Unidad Local de Salud del ADH en 21 o 28 días para más información. La vacuna Janssen contra COVID-19 es de dosis ÚNICA.

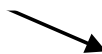
2. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Por favor, lea el reverso de este formulario.

La Notificación de Privacidad del Proveedor se encuentra disponible en la clínica o acompaña este formulario.

Luego firme en el cuadro a la derecha

Firme aquí



Mi firma abajo indica que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la sección 2. **Autorización y Consentimiento** del Formulario de Consentimiento de Inmunización Contra COVID-19 y la Hoja informativa de Autorización de Uso de Emergencia para el Receptor de la Vacuna (EUA).

Firma del Paciente/Padre/Tutor

_____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO:

- He leído o se me ha explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia para el Receptor de la Vacuna (EUA por sus siglas en inglés) sobre los riesgos y beneficios de la vacuna COVID-19. Para leer la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia para el Receptor de la Vacuna Pfizer, Moderna o Janssen contra COVID-19, visite <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/eua/index.html> o también puede visitar la Unidad Local de Salud o proveedor privado para recibir una copia impresa de la Hoja Informativa EUA.
 - Doy mi consentimiento a este proveedor de vacunas COVID-19 para vacunar a la persona nombrada abajo contra COVID-19.
 - Por la presente reconozco que he revisado una copia de la Notificación de Privacidad del Proveedor.
 - Entiendo que la información sobre esta vacunación contra COVID-19 será incluida en el Sistema de Inmunización de Arkansas (WebIZ)
- Para Mi Agencia de Seguro(s) Médico(s):**
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi(s) reclamo(s) de seguro médico.
 - Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente a este proveedor de servicios COVID-19.
 - Acepto que esta autorización cubra todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque la autorización.
 - Estoy de acuerdo que se pueda usar la fotocopia de este formulario en lugar de la original.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre (Legal): _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nac: [] [] / [] [] / [] [] [] [] Género: Masc. Fem. Teléfono #: _____

Dirección Calle: _____ P.O. Box _____ # de Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal [] [] [] [] [] []

Raza: Asiático Negro/Afroamericano Nativo Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Blanco Otro

Etnicidad: Hispano No-Hispano

Estatus del Seguro Médico (Marque el cuadro que corresponda):

Relación del paciente con el titular de la póliza de seguro: Si Mismo Cónyuge Hijo Otro

Número de Medicaid/ARKids: []

Número de Medicare: []

Nombre de la compañía de seguros: _____

Identificación/# de Póliza: []

INFORMACIÓN REQUERIDA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

Nombre (legal): _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: [] [] [] / [] [] [] / [] [] [] [] Correo electrónico (email): _____

Nombre del empleador del Titular de la Póliza _____

ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA CONTRA COVID-19 (Llenado solamente por el personal)

Coadministración de vacunas contra COVID-19 y otras vacunas incluyendo la vacuna contra la gripe de temporada. Las vacunas contra COVID-19 y otras vacunas pueden ser administradas sin importar el momento. Esto incluye la administración simultánea de vacunas contra COVID-19 y otras vacunas durante la misma visita. También se pueden administrar otras vacunas en cualquier momento antes o después de la vacunación contra COVID-19.

Vacuna Ultra-fría Contra COVID-19 <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech (Tapa Morada) <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech (Tapa Naranja) <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech (Tapa Gris)		Vacuna Congelada Contra COVID-19 <input type="checkbox"/> Moderna		Vacuna Contra COVID-19 Refrigerada <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Novavax-Matrix-M1 <input type="checkbox"/> Otra Vacuna COVID-19 ____	
Ruta	Código del Sitio	Dosis mL	Código MFG	Lote Número	Dosis Número
<input type="checkbox"/> IM					<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro

Código MFG: PFR=Pfizer-BioNTech, MOD=Moderna, ASZ=AstraZeneca, JSN=Janssen, NVX=Novavax, MSD=Merck

Códigos de Sitio: Deltoides Derecho=RD, Deltoide Izquierdo=LD, Pierna Derecha=RL, Pierna Izquierda=LL, Brazo Derecho=RA, Brazo Izquierdo=LA

Firma y Título del Administrador de la Vacuna: _____

Fecha de Administración de la Vacuna: _____ / _____ / _____