

[] Gateway [] CAMcare East [] CAMcare North [] CAMcare South [] Clementon [] Paulsboro [] Other _____

Formulario de evaluación y consentimiento para la vacunación contra COVID-19*

Nombre del receptor (en imprenta)			Nombre que prefiere		
Fecha de nacimiento	Sexo legal	Identificación de género	Estado civil	Clave del estado civil: S- soltero/a D-divorciado/a C-casado/a V- viudo/a U - unión civil DSC-desconocido SEPARADO/A, PAREJA legalmente separada- Pareja	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico
Padre/madre/tutor/apoderado (si corresponde, en imprenta)			Teléfono	Idioma que prefiere	
Etnia	Clave de la etnia: DECL- declinó informarlo ONH - origen no hispano DSC – desconocido HIS - origen hispano		Raz	Clave de la raza: AANA- aborígen americano o nativo de Alaska AS- asiático/a AAN-afroamericano o negro BLC -blanco OT-Otro o Multirracial DECL-declinó informarlo NHIP- nativo hawaiano o isleño del Pacífico	
Clínica/consultorio donde se administra la vacuna			Domicilio/número de teléfono del médico de atención primaria		
Seguro	Clave del seguro: Comercial Medicare Medicaid		Tipo de seguro	Clave del tipo de seguro: Horizon Aetna UHC Otros: _____	
¿Ha participado en el ensayo de una vacuna? S/N					

Cuestionario de evaluación		Sí	No	Desconocido
1.	¿Se siente enfermo/a hoy?			
2.	En los últimos 10 días, ¿se ha realizado una prueba de COVID-19 o un proveedor de atención médica o departamento de salud le indicó que se aisle o esté en cuarentena en su hogar por una infección con COVID-19 o exposición a la enfermedad?			
3.	¿Ha recibido tratamiento con anticuerpos contra el COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)? <i>En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última dosis?</i>			
4.	¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave o potencialmente mortal, como urticaria o dificultad para respirar, a una vacuna o inyección?			
5.	¿Se aplicó vacunas en los últimos 14 días (2 semanas), incluida la vacuna contra la gripe? <i>En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo se dio la vacuna más reciente?</i>			
6.	¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada?			
7.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, antecedentes de enfermedad autoinmunitaria o cualquier otra enfermedad que debilite su sistema inmunitario?			
8.	¿Toma medicamentos que afectan su sistema inmunitario, tales como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o se realizó tratamientos con radiación?			

Autorización de uso de emergencia

La FDA ha puesto a disposición la vacuna contra el COVID-19 con una autorización de uso de emergencia. Esta autorización se utiliza cuando la FDA ha determinado que existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de un medicamento o producto biológico durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no completó el mismo tipo de revisión que un producto con aprobación o autorización de la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de que esta vacuna esté disponible con una autorización de uso de emergencia se basa en la determinación de la FDA: 1) de una emergencia para la salud pública, y 2) que la totalidad de los datos científicos que están disponibles para la FDA muestran que la vacuna puede ser efectiva para la prevención de COVID-19 y que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan sus riesgos conocidos y potenciales.

Consentimiento

Se me ha provisto, y he leído o se me ha explicado, la planilla de información sobre la vacuna contra el COVID-19 y soy consciente de que esta vacuna está disponible a través de una autorización de uso de emergencia. Comprendo que si la vacuna requiere dos dosis, deberán aplicarse dos dosis de esta vacuna para que sea efectiva. Tuve la posibilidad de formular preguntas, que se me respondieron de manera satisfactoria (y se garantizó que la persona citada antes, de quien soy apoderado con autorización para otorgar consentimiento, también tuvo la posibilidad de formular preguntas). Comprendo que los beneficios significativos conocidos y potenciales y los riesgos de la vacunación descritos, y hasta qué punto dichos riesgos y beneficios son conocidos.

Comprendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la aplicación de la vacuna, las consecuencias de rechazar la aplicación de la vacuna, las alternativas a la vacuna que están disponibles y los riesgos y beneficios de esas alternativas, si los hubiera.

Solicito que se me aplique la vacuna contra el COVID-19 (o a la persona antes citada, por quien cuento con autorización para hacer esta solicitud y brindar consentimiento como apoderado). Comprendo que esta vacuna no tendrá costo para mí. Habida cuenta de lo expuesto, por el presente asigno y transfiero de manera irrevocable al proveedor de la vacuna o a su representante todas las sumas y beneficios que puedan estar disponibles de mi plan de seguro de salud, Medicare, Medicaid o cualquier tercero que pueda ser responsable económicamente de mi atención médica por la administración de la vacuna. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidos, por ejemplo, la historia clínica, las copias de reclamaciones y las facturas detalladas) para verificar la provisión de servicios o asegurar el pago. También autorizo la divulgación de toda la información que sea necesaria para promover la salud pública, incluida la información a los registros de vacunas que correspondan.

Receptor/Apoderado/Tutor (firma) Fecha/Hora Nombre en imprenta Relación con el paciente, si no es el receptor

Nro. de identificación del intérprete telefónico Fecha/Hora

Firma: Intérprete Fecha/Hora En imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente

El área a continuación debe ser completada por el vacunador

¿Qué vacuna recibe el paciente hoy?

Nombre de la vacuna	Administración	Fecha de la planilla descriptiva de la EUA	Fabricante y número de lote
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> Primera dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Moderna	<input type="checkbox"/> Primera dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> Primera dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Janssen	<input type="checkbox"/> Dosis única		

Lugar de administrar Deltoide izquierdo Deltoide derecho Muslo derecho Muslo izquierdo Nasal

Dosis 0.5 ml 0.25ml

- He revisado los efectos secundarios con el paciente (y padre/madre/tutor o apoderado según corresponda)
- Confirmando que el paciente (y su apoderado, si corresponde) tuvo la posibilidad de formular preguntas sobre la vacuna, y que todas las preguntas que hizo (o que hizo su apoderado) se respondieron correctamente y del mejor modo posible.

Firma del vacunador: _____

* El uso de este formulario es opcional.