

Verified Vaccine Eligibility (Dose 1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verified NYS COVID Vaccine Form Completed (Dose 1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Screening Questions Reviewed (1st & 2nd): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario de elegibilidad y consentimiento de inmunización a la COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del beneficiario (letra imprenta) | Nombre preferido |
| Fecha de nacimiento | Género asignado al nacimiento | Identidad de género | Estado civil |
| Domicilio/Ciudad/Estado/Código Postal | Dirección de correo electrónico |
| Padre/madre/tutor/apoderado (según corresponda) | Teléfono | Idioma preferido |
| Etnicidad | Raza |
| Clínica/oficina donde se aplica la vacuna | Dirección/número de teléfono del médico de atención primaria |

|  |
| --- |
| Cuestionario de detección |
| 1. | ¿Se siente enfermo hoy? | □ Si | □ No |  |
| 2. | En los últimos 10 días, ¿se ha realizado una prueba de la COVID-19, o algún proveedor de atención médica o departamento de salud le han informado que se aísle en casa debido a una infección por COVID-19, o que se mantenga en cuarentena en su casa debido a exposición al COVID-19? | □ Si | □ No | □ No Sabe |
| 3. | ¿Ha realizado tratamiento con terapia de anticuerpos o plasma convaleciente contra la COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)?*En caso afirmativo, ¿Cuándo recibió la última dosis? Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | □ Si | □ No | □ No Sabe |
| 4. | ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata, como urticaria, hinchazón facial, dificultad respiratoria o anafilaxia, a cualquier vacuna o inyección o a cualquier componente de la vacuna contra la COVID-19, como el glicol de polietileno (PEG, por sus siglas en inglés) o polisorbato? | □ Si | □ No | □ No Sabe |
| 5. | ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días (2 semanas), incluida la vacuna contra la gripe? *En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo recibió su vacuna más reciente?* | □ Si | □ No | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. | ¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada? | □ Si | □ No | □ No Sabe |
| 7. | ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, un historial de enfermedades autoinmunes o cualquier otra afección que debilite el sistema inmunitario? | □ Si | □ No | □ No Sabe |
| 8. | ¿Toma algún medicamento que afecte a su sistema inmunitario, como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos anticancerígenos, o ha tenido algúntratamiento de radiación? | □ Si | □ No | □ No Sabe |
| 9. | ¿Tiene usted un trastorno hemorrágico, antecedentes de coágulos sanguíneos o está tomando un anticoagulante? | □ Si | □ No | □ No Sabe |
| 10. | ¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna contra la COVID-19? | □ Si | □ No | Fecha/Tipo:Pfizer o Moderna \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Autorización de uso de emergencia**

La FDA ha puesto a disposición la vacuna contra la COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias para justificar el uso de fármacos y productos biológicos de emergencia durante una urgencia, como la pandemia de la COVID-19. Esta vacuna no fue sometida al mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna disponible se basa en todas de las pruebas científicas disponibles, lo que evidencia que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

**Consentimiento**

He leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre la vacunación contra la COVID-19. Entiendo que, si mi vacuna requiere dos dosis, necesitaré que me apliquen (den) dos dosis de esta vacuna a fin de que sea efectiva. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se contestaron a mi satisfacción (y me aseguré de que a la persona mencionada anteriormente para la cual tengo la autorización de proporcionar el consentimiento por poder también se le dio la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación, tal como se describen.

Solicito que se me aplique la vacuna contra la COVID-19 (o a la persona mencionada anteriormente para la cual tengo la autorización de realizar esta solicitud y proporcionar el consentimiento por poder). Entiendo que no habrá ningún costo para mí por esta vacuna. Entiendo que cualquier dinero o beneficios por la aplicación de la vacuna será asignado y transferido al proveedor de vacunación, incluidos los beneficios/dinero de mi plan de salud, Medicare, o de terceros que son financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidos, parententre otros, expedientes médicos, copias de reclamos y facturas detalladas) para verificar el pago y según sea necesario para otros fines de salud pública, inclusive de informar a los registros de vacunas correspondientes.

Beneficiario/tutor/apoderado (firma) Fecha/hora Nombre en letra de imprenta Relación con el paciente

Número de identificación del intérprete telefónico Fecha/hora

Firma: Intérprete Fecha/hora Letra imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente





