



Formulario de consentimiento de vacunación contra la COVID-19 para 2020 y 2021

Apellido (<i>en letra de imprenta</i>)		Nombre		Fecha de nacimiento		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección				Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono		Correo electrónico		Nombre del proveedor de atención primaria			
REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNACIÓN							
1. ¿Está embarazada?						Sí	No
2. ¿Actualmente está amamantando?						Sí	No
3. ¿Tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a otras vacunas o medicamentos o infusiones inyectables, o antecedentes de anafilaxis por alguna causa?						Sí	No
4. ¿Tuvo alguna reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a algún componente de la vacuna contra la COVID-19, incluidas las nanopartículas lipídicas y el polietilenglicol (PEG)?						Sí	No
5. ¿Recibió infusiones de plasma de personas convalecientes o de anticuerpos monoclonales o policlonales para la COVID-19 en los últimos 90 días?						Sí	No
6. ¿Es menor de 12 años?						Sí	No
7. ¿Actualmente está enfermo? Por ejemplo, ¿está experimentando en este momento fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, etc.?						Sí	No
8. ¿Tiene usted un problema de sangrado o está tomando medicamentos para adelgazar o diluir la sangre?						Sí	No
9. ¿Dio positivo para COVID-19 en los últimos 10 días?						Sí	No
10. ¿Está actualmente en cuarentena por exposición a la COVID-19?						Sí	No
11. ¿Ha sido diagnosticado con Síndrome Inflamatorio Multisistémico en adultos o niños en los últimos 90 días? (Si su respuesta a esta pregunta es afirmativa, se le recomienda que consulte con su médico antes de recibir la vacuna contra el COVID-19)						Sí	No
12. ¿Le han diagnosticado alguna vez miocarditis (inflamación del músculo del corazón) o pericarditis (inflamación de la membrana que rodea el corazón)?						Sí	No
13. Si esta es su segunda dosis, ¿cuál fue la fecha de la primera dosis?						/	/
14. Si esta es su segunda dosis, ¿qué vacuna recibió (Pfizer, Moderna, etc.)?							
CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN							
<p>Revisaré o he revisado mis respuestas a las preguntas anteriores con la persona que me vacunará. Si experimento alguna reacción adversa después de haberme ido, se lo notificaré a mi proveedor de atención primaria. Revisé la Hoja de datos sobre la autorización de uso de emergencia que recibí hoy. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. . Entiendo que puedo revisar un Aviso de las Prácticas de Privacidad a la hora de vacunarse..</p> <p>Al firmar este formulario, doy permiso para que una vacuna se administre a la persona anteriormente citada y que un expediente de la vacunación sea entrada en el Registro de Rhode Island de Inmunizaciones de Niños y Adultos (RICAIR) para la coordinación de cuidados y para monitorear la cobertura de la vacunación por el estado. Para más información sobre RICAIR, vaya a https://health.ri.gov/ricair. Además, verifico que toda la información anteriormente citada es correcta..</p>							

Firma del padre, la madre, el tutor o el paciente _____ Fecha _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY **VIS Date:**

Vaccine	Date Vaccination and EUA Given:	Route IM <i>R L</i>	Manufacturer	Lot No.	Printed Name and Signature of Vaccine Administrator
---------	---------------------------------	---------------------	--------------	---------	---

INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA

1. ¿Está embarazada?
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: pregúntele a la paciente si habló sobre la vacunación con un proveedor médico. Las pacientes que están embarazadas pueden elegir vacunarse independientemente de que lo hayan hablado con un proveedor médico o no.
2. ¿Actualmente está amamantando?
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: pregúntele a la paciente si habló sobre la vacunación con un proveedor médico. Las pacientes que están amamantando pueden elegir vacunarse independientemente de que lo hayan hablado con un proveedor médico o no.
3. ¿Tuvo una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a otras vacunas o medicamentos o infusiones inyectables, o antecedentes de anafilaxis por alguna causa?
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: pregúntele a la paciente si habló sobre la vacunación con un proveedor médico. Si lo hizo, proceda con la vacunación. Los administradores de la vacuna deben observar a los pacientes luego de vacunarlos para controlar si presentan reacciones adversas inmediatas:
 - **Personas con historial de anafilaxis: 30 minutos**
 - **Todas las demás personas: 15 minutos**
4. ¿Tuvo alguna reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis o dificultad para respirar) a algún componente de la vacuna, incluidas las nanopartículas lipídicas y el polietilenglicol (PEG)?
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.
5. ¿Recibió infusiones de plasma de personas convalecientes o de anticuerpos monoclonales o policlonales para la COVID-19 en los últimos 90 días?
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.
6. ¿Es menor de 12 años?
PARA LA VACUNA DE PFIZER, SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.
PARA LA VACUNA DE MODERNA O JOHNSON & JOHNSON, SI ES MENOR DE 18 AÑOS: no se vacune.
7. ¿Actualmente está enfermo? Por ejemplo, ¿está experimentando en este momento fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, etc.?
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: pídale al paciente que hable con un proveedor médico sobre los síntomas existentes.
8. ¿Tiene usted un problema de sangrado o está tomando medicamentos para adelgazar o diluir la sangre?
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA: pídale al paciente que hable con un proveedor del cuidado médico. ACIP recomienda la siguiente técnica para la vacunación intramuscular en pacientes con problemas de sangrado o que están tomando medicamentos para adelgazar o diluir la sangre: una aguja fina (de calibre 23 o menos) debe ser usada para la vacunación, seguido de una presión firme donde se inyectó, por al menos dos minutos, sin frotar.
9. ¿Dio positivo para COVID-19 en los últimos 10 días?

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.

10. ¿Está actualmente en cuarentena por exposición a la COVID-19?

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: no se vacune.

11. ¿Ha sido diagnosticado con Síndrome Inflamatorio Multisistémico en adultos o niños en los últimos 90 días?

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: Se le recomienda que consulte con su médico antes de recibir la vacuna contra el COVID-19.

12. ¿Le han diagnosticado alguna vez miocarditis (inflamación del músculo del corazón) o pericarditis (inflamación de la membrana que rodea el corazón)?

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: Haga que el paciente hable con su equipo clínico, el cual puede incluir un cardiólogo.

13. Si esta es su segunda dosis, ¿cuál fue la fecha de la primera dosis?

No se vacune si recibió una dosis de la vacuna de Pfizer hace menos de 17 días o una dosis de la vacuna de Moderna hace menos de 24 días.

14. Si esta es su segunda dosis, ¿qué vacuna recibió (Pfizer, Moderna, etc.)?

**Asegúrese de que la segunda dosis sea del mismo fabricante que el de la primera.
Si es diferente: no se vacune.**

Verificado el 16 de