

Fecha	Temperatura del paciente	Peso del paciente
-------	--------------------------	-------------------

Información del paciente			
Nombre (en letra de imprenta)		Padre/Tutor legal (escriba en letra de imprenta)	
Fecha del nacimiento	Género	Idioma preferido	
Dirección		Ciudad	Estado
		Código postal	
Número de teléfono		Correo electrónico	
Grupo étnico (circule una)			
Hispano	No Hispano o Latino	Desconocido	Prefiere no responder
Raza (circule una)			
Indio americano o nativo de Alaska	Asiático	Nativo Hawaiano/otras islas del Pacífico	
Negro o afroamericano	Blanco	Otra raza	Prefiere no responder

Cuestionario de detección (circule uno)

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna COVID-19 hoy. **Sí responde “sí” a cualquier pregunta, no necesariamente significa que no deba vacunarse.** Solo significa que le pueden hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídala a su proveedor del cuidado de la salud que se la explique.



1. ¿Se siente enfermo el día de hoy?	Sí	No	
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?	Sí	No	No sé

- En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió?

Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Otra: _____



- 3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a:

(Esto incluye una reacción alérgica grave [Ejemplo, Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que causó que fuera al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causó urticaria o ronchas, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo silbido en el pecho al respirar.)

- Un componente de la vacuna COVID-19 que incluye cualquiera de los siguientes:

• Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia	Sí	No	No sé
• Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas con recubrimiento pelicular y esteroides intravenosos.	Sí	No	No sé
• Una dosis previa de la vacuna COVID-19	Sí	No	No sé

Autorización y Cuestionario para la Vacuna contra el COVID-19 –Universal



4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [Ejemplo, Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que causo que fuera al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causó urticaria o ronchas, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo silbido en el pecho al respirar.)	Sí	No	No sé
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna COVID-19, o cualquier vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría a alimentos, mascotas, veneno, alergias por el medio ambiente u medicamentos orales.	Sí	No	No sé
6. ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho que tuvo COVID-19?	Sí	No	No sé
7. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?	Sí	No	No sé
8. ¿Tiene un Sistema inmunológico débil causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	Sí	No	No sé
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	Sí	No	No sé
10. ¿Está embarazada?	Sí	No	No sé
11. ¿Está dando de amamantar?	Sí	No	
12. ¿Tiene rellenos en la piel?	Sí	No	
Preguntas del CDC adicionales para la detección Márque todas las que apliquen a usted:			
<input type="checkbox"/> Mujer entre los 18 y 49 años de edad <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Síndrome Inflamatorio Multisistemático (MIS-C o MIS-A por sus siglas en inglés) después de una infección de COVID-19 <input type="checkbox"/> Tiene un historial de Trombocitopenia inducida por heparina (HIT por sus siglas en inglés)			

Autorización de uso de emergencia

La FDA ha puesto a disposición la vacuna contra el 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 emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo una EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y la totalidad de la evidencia científica disponible, que muestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Consentimiento para servicios

Se me ha proporcionado la EUA correspondiente para la(s) vacuna(s) contra el COVID-19 que estoy recibiendo. Entiendo que esta vacuna requiere dos dosis, será necesario administrar dos dosis de esta vacuna para que sea eficaz. He leído la información proporcionada sobre la vacuna que recibiré. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción, entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación y asumo

Autorización y Cuestionario para la Vacuna contra el COVID-19 –Universal

voluntariamente completa responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar. Entiendo que debo permanecer en el área de espera posterior a la vacunación durante al menos 15 minutos (30 minutos si es necesario) después de la vacunación para monitorear cualquier posible reacción adversa. Entiendo que si experimento efectos secundarios, debo hacer lo siguiente: comunicarme con VNA Health Care o llamar al 911. Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Divulgación de registros

Entiendo que a VNA Health Care se le puede exigir o puede divulgar voluntariamente toda la información de mi salud necesaria para informar la administración de la vacuna y / u otros fines de salud pública, incluido el informe a los registros de vacunas correspondientes.

Consentimiento para comunicación

Al firmar a continuación, acepto recibir comunicaciones futuras de VNA Health Care por correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto. Si no desea recibir correos electrónicos, llamadas telefónicas o mensajes de texto de VNA Health Care, escriba sus iniciales aquí para optar por no participar. _____

Firma del paciente/tutor legal

Nombre impreso

Relación con el paciente, que no sea el mismo paciente

Fecha

Hora

Vaccine Administration – Solo para el uso de oficina					
Vaccine Location (circle one)					
VNA-Highland	VNA-Indian	VNA-Villa	VNA-Wing	VNA-Mona Kea	VNA-Mobile Clinic
VNA-Bensenville	VNA-Bolingbrook	VNA-Romeoville	VNA-Joliet	VNA-Offsite Clinic	
Vaccine Brand (circle one)					
Moderna – 0.5mL		Pfizer – 0.3mL		Janssen – 0.5mL	
Dose (circle one)		First Dose		Second Dose	
Administration Site (circle one)		Left Deltoid		Right Deltoid	
Manufacturer Lot Number:			Expiration Date:		
Vaccine Administrator Signature					