

## CONDICIONES PARA TRATAMIENTO, CONSENTIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA VACUNA COVID-19

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA)

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Raza	Origen étnico	
Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Género (circule uno) M / F / X

### CONDITIONS FOR TREATMENT

**Autorización de uso de emergencia:** La FDA ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA). 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 una vacuna aprobada o autorizada por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo un EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y al tener disponible en su totalidad la evidencia científica, que muestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

**Consentimiento:** He recibido, leído o me han explicado y entiendo la hoja de información de la vacuna COVID-19 proporcionada. Por la presente autorizo a Salem Health, su personal o agentes a administrar las vacunas. Entiendo que la vacuna COVID-19 requiere que se administren dos dosis de Pfizer y Moderna y una dosis de Janssen para que sea efectiva. Para algunos pacientes inmunocomprometidos, se puede administrar una tercera dosis de Pfizer o Moderna. Reconozco que la CDC recomiendan que hable con mi proveedor de atención médica sobre la posibilidad de recibir una tercera dosis de la vacuna mRNA COVID-19 y si es adecuada para mí. El alcance de este consentimiento incluye la administración de la vacuna, la discusión con un proveedor si se solicita, la atención y los tratamientos inmediatamente después de la administración según sea necesario.

**Asignación de beneficios de seguro:** Cedo a SH el derecho a recibir pagos de beneficios directamente de mi seguro de salud o plan de salud para el reembolso de la administración de la vacuna COVID-19. Entiendo que esta asignación es definitiva.

#	Preguntas de proceso de selección	Si	No	No se
1.	¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Otro producto ¿Trajo consigo su tarjeta de registro de vacunas u otra documentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. Ej., Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.) <ul style="list-style-type: none"><li>Un componente de la vacuna COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia.</li><li>Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, cobertura de tabletas y esteroides intravenosos.</li><li>Una dosis previa de la vacuna COVID-19</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<ul style="list-style-type: none"><li>Una vacuna o terapia inyectable que contiene múltiples componentes, uno de los cuales es un componente de la vacuna COVID-19, pero no se sabe qué componente provocó la reacción inmediata</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Soy una mujer de entre 18 y 49 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Soy un hombre de entre 12 y 29 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Con antecedentes de miocarditis o pericarditis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Tengo una reacción alérgica grave a alimentos, mascotas, veneno, alergias ambientales, o a medicamentos orales. Esta reacción alérgica no es a vacunas o terapias inyectables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Tuvo COVID-19 y fue tratado con anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	¿Está embarazada o amamantando actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Tiene rellenos dérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré (GBS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARA PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS:** Reconozco que la CDC recomiendan que hable con mi proveedor de atención médica sobre la posibilidad de recibir una tercera dosis de la vacuna de mRNA COVID-19 y si es apropiada para mí.

**Firma del Paciente o**

**Representante autorizado:**

**Fecha:**

Escriba el nombre del paciente en  
letra de imprenta:

-----FOR SITE LOCATION USE ONLY-----Para uso del personal solamente -----

ÚNICAMENTE PARA USO EN TIEMPO INACTIVO -----

MRN \_\_\_\_\_

CSN \_\_\_\_\_

DOSE #	Site (Circle One)	Route	Manufacturer (Circle One)	Lot #	Vaccine Exp. Date	Administered By & Date/Time (Print Name)
<input type="checkbox"/> 1	LD	IM	Pfizer			DATE & TIME OF ADMINISTRATION
<input type="checkbox"/> 2	RD		Moderna			
<input type="checkbox"/> 3			Janssen			

