



PREVENT. PROMOTE. PROTECT.

Declaración para administración de la vacuna contra COVID-19 a menores según uso de emergencia
Autorización (Favor ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE clara)

Nombre legal completo del/de la menor: _____ Información de contacto del padre, madre o tutor legal: _____

Fecha de nacimiento del/de la menor: ____/____/____ MM DD AAAA Número de teléfono: (____-____-____) _____

Raza del/de la menor
(marcar una opción):

- ☐ Blanca
☐ Negra o afroamericana
☐ Asiática
☐ Indígena americana o nativa de Alaska
☐ Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico

Etnicidad del/de la menor
(marcar una opción):

- ☐ Hispana o latina
☐ No hispana o latina

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Calle y número

Ciudad, estado, código postal

Sexo del/de la menor (marque una opción): ☐ Masculino ☐ Femenino

Ocupación o población objetivo: _____ Lugar de vacunación: _____

1. ¿El/La menor tiene en este momento una enfermedad respiratoria aguda o infección activa, o fiebre? ☐ Sí ☐ No
2. ¿El/La menor ha tenido alguna vez una reacción alérgica severa a alguno de los ingredientes de la vacuna mencionados en la hoja de datos de la autorización para el uso de emergencia, o algún otro de los documentos sobre la vacuna que recibió? ☐ Sí ☐ No
3. ¿El/La menor recibió alguna otra vacuna en los últimos 14 días? ☐ Sí ☐ No

Entiendo que la vacuna para COVID-19 que el/la menor que se indicó antes va a recibir se administra en virtud de una autorización para el uso de emergencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA). Recibí y leí la hoja de datos de la autorización para el uso de emergencia de esta vacuna (y/o cualquier otro documento sobre la vacuna que me hayan entregado), donde se explican en detalle los riesgos y beneficios de recibir esta vacuna. Acepto que Salud Pública del Condado de Hamilton (HCPH) no me ha ofrecido a mí o al/a la menor garantías sobre los resultados de esta vacunación, y entiendo que el/la menor que se mencionó antes puede sufrir efectos secundarios después de recibirla. Dependiendo del fabricante de la vacuna, también entiendo que si esta vacuna debe administrarse en 2 dosis acepto programar cuanto antes la cita para la segunda dosis para el/la menor, según las indicaciones.

Acepto que es mi decisión personal que el/la menor que se mencionó antes reciba esta vacuna para COVID-19 de acuerdo con la autorización de uso de emergencia y doy a HCPH permiso para administrar la vacuna al/a la menor que se mencionó antes. Al firmar a continuación, confirmo además que: el/la menor que se mencionó antes tiene 12 años o más, leí esta Declaración o me la comunicaron de manera eficaz; todas las preguntas que tenía al respecto o sobre los documentos relacionados con la vacuna que me proporcionó HCPH fueron respondidas en forma satisfactoria; comprendo y acepto todos los términos de esta Declaración; soy el padre, la madre o el tutor legal del/de la menor que se mencionó antes y que he firmado esta Declaración de manera voluntaria.

Firma del/de la paciente o padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde del/de la paciente, padre, madre o tutor legal: _____

FOR OFFICE USE ONLY Vaccine Administered Per EUA		_____			
Vaccine Manufacturer:	Pfizer-BioNTech	Moderna	☐ AstraZeneca	☐ Other	DOSE 1 Lot # _____ Exp. Date _____
Route/Site:	☐ IM - Left Deltoid	☐ IM - Right Deltoid			
Vaccine Documents provided by BSMH:	☐ EUA Fact Sheet for Recipient		☐ Vaccination record card		DOSE 2 Lot # _____ Exp. Date _____
DOSE 1 Administered by (PRINT FULL NAME): _____ Administrator Signature: _____ Date/Time Administered Dose 1: _____			DOSE 2 Administered by (PRINT FULL NAME): _____ Administrator Signature: _____ Date/Time Administered Dose 2: _____		

Lista de verificación previa a la vacunación para COVID-19



Para receptores de vacunas:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no debería recibir la vacuna para COVID-19 el día de hoy.

Nombre del/de la paciente _____

Edad _____

Si responde “sí” a cualquiera de las preguntas, esto no necesariamente significa que no deba recibir la vacuna. Simplemente quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales.

Si una pregunta no es clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo(a) el día de hoy?			
2. ¿Alguna vez recibió una dosis de una vacuna para COVID-19?			
• Si contestó Sí, ¿qué vacuna recibió? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ Otro producto _____			
3. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica severa [por ejemplo, anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o por la cual haya debido ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica ocurrida dentro de las siguientes 4 horas que causara sarpullido, hinchazón o dificultades respiratorias, inclusive sibilancia.)			
• Un componente de la vacuna para COVID-19, incluido polietilenglicol, que se encuentra en algunos medicamentos, como los laxantes y los preparados para procedimientos de colonoscopia.			
• Polisorbato			
• Una dosis anterior de vacuna para COVID-19			
4. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a otra vacuna (sin ser una para COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica severa [por ejemplo, anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o por la cual haya debido ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica ocurrida dentro de las siguientes 4 horas que causara sarpullido, hinchazón o dificultades respiratorias, inclusive sibilancia.)			
5. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica severa (por ejemplo, anafilaxis) a algo que no fuera un componente de la vacuna para COVID-19, polisorbato, o cualquier otra vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, el ambiente o medicamentos por vía oral.			
6. ¿Recibió alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Alguna vez tuvo una prueba de COVID-19 con resultado positivo, o el médico le dijo que tuvo COVID-19?			
8. ¿Alguna vez recibió terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para COVID-19?			
9. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por VIH o cáncer, o toma algún medicamento o terapia de inmunosupresión?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico, o está tomando un anticoagulante?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			

Formulario revisado por _____ Fecha _____