

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre _____ Inicial de su Segundo Nombre: _____		
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
Raza: Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/>		Etnicidad Hispana: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Ninguno Especificado <input type="checkbox"/> Niego a Contestar <input type="checkbox"/>		Desconocido <input type="checkbox"/> Sin Responder <input type="checkbox"/>
Dirección: _____		Ciudad: _____
Estado: _____	Código Postal/Zip: _____	Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____		
Seguro privado o de empleador <input type="checkbox"/> Seguro insuficiente <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/>		

ANTECEDENTES DE SALUD

En caso afirmativo a las preguntas 1 a 5, comente y asegúrese de que un médico apruebe el pedido y la administración de la vacuna contra el COVID. Una enfermera puede revisar este consentimiento y ordenar/administrar la vacuna contra el COVID -19 con la Orden Permanente siempre que no se identifiquen contraindicaciones.

SI NO NO SABE

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se siente enfermo hoy? (NO administre la vacuna si la enfermedad es moderada o grave) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de alguna vacuna o medicamento | | | |
| 2. inyectable, incluyendo una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19? (Si fue grave, NO administre la vacuna) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿una reacción (incapacidad para respirar/inflamación de la garganta) por la que recibió tratamiento con epinefrina o con Epi Pen o por la que tuvo que ir al hospital? (En caso afirmativo y grave, se recomienda un tiempo de seguimiento de 30 minutos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. En los últimos 14 días, ¿ha tenido contacto con una persona con infección confirmada del COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En los últimos 90 días, ¿ha recibido tratamiento con anticuerpos intravenosos contra el COVID o contra el MIS-C/A? (Es posible que sea necesario posponer la vacuna durante una cuarentena o durante 90 días) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Firma del médico si se verificó una Respuesta Afirmativa en las Preguntas 1 al 5: _____ | | | |

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. En los últimos 90 días, ¿ha dado positivo por COVID? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? (Está bien dar la vacuna) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? Tipo: _____ Fecha de la primera dosis: _____ Fecha de la segunda dosis: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marque todas las opciones que correspondan: estas respuestas nos ayudan a dirigir el asesoramiento para apoyar su atención médica; no son contraindicaciones. | | | |
| <input type="checkbox"/> Soy de sexo femenino de entre 18 y 49 años de edad | <input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico | | |
| <input type="checkbox"/> Soy de sexo masculino de entre 12 y 29 años de edad | <input type="checkbox"/> He recibido rellenos dérmicos | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis | <input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT) | <input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de desmayos con las vacunas o las extracciones de sangre | <input type="checkbox"/> Antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS) | | |

ELEGIBILIDAD PARA LA DOSIS DE REFUERZO (Debe ser mayor de 18 años; mayor de 12 años para la vacuna de refuerzo de Pfizer, si la primera serie fue de Pfizer)

10. Deseo una inyección de refuerzo con el siguiente tipo de vacuna:
- | | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pfizer BioNTech (Comirnaty®) | <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson/Janssen |
| <input type="checkbox"/> Moderna (SpikeVax®) | <input type="checkbox"/> Unsure |

Consentimiento para la Vacunación Contra el COVID-19 Bajo Autorización de Uso de Emergencia

ELEGIBILIDAD PARA LA TERCERA DOSIS (Para la vacuna de Pfizer pediátrica debe ser entre 5 a 11 años y para la de Moderna debe ser mayor de 18 años)

- 11 Tengo un sistema inmunitario debilitado (es decir, infección de VIH, cáncer) o recibo fármacos o terapias inmunosupresoras para una de las siguientes afecciones:
- Tratamiento activo para tumores sólidos y neoplasias hemáticas
 - Recepción de un trasplante de un órgano sólido y administración de una terapia con inmunosupresores
 - Recepción de células T con CAR o trasplante de células madre hematopoyéticas (en los 2 años siguientes al trasplante o a la terapia de inmunosupresión)
 - Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (por ejemplo, síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich)
 - Infección de VIH avanzada o sin tratar
 - Tratamiento activo con corticoesteroides de dosis alta (es decir, ≥ 20 mg de prednisona o equivalente por día). Agentes alquilantes, antimetabolitos, fármacos inmunosupresores relacionados con el trasplante, agentes quimioterapéuticos para el cáncer clasificados como gravemente inmunosupresores, bloqueadores del factor de necrosis tumoral (TNF) u otros agentes biológicos inmunosupresores o inmunomoduladores

_____ Con mis iniciales aquí, confirmo que tengo una de las afecciones o riesgos anteriores y deseo una vacuna de refuerzo. Affinia Healthcare recomienda que los pacientes consideren sus riesgos y beneficios individuales de vacunación y que consulten a su proveedor de atención médica si necesitan ayuda después de la vacunación.

La Ley de Preparación Pública y Preparación para Emergencias (Ley PREP) autoriza al CICP a proporcionar beneficios a ciertas personas o a propiedades de personas que sufran una lesión física grave cubierta como resultado directo de la administración o el uso de las contramedidas cubiertas. El CICP también puede brindar beneficios a ciertos sobrevivientes de personas que mueren como resultado directo de la administración o el uso de contramedidas cubiertas identificadas en una declaración de la Ley PREP. La declaración de la Ley PREP para contramedidas médicas contra el COVID-19 establece que las contramedidas cubiertas son cualquier medicamento antiviral, cualquier otro fármaco, cualquier biológico, de diagnóstico, cualquier otro dispositivo o cualquier vacuna utilizada para tratar, diagnosticar, curar, prevenir o mitigar el COVID-19, la transmisión del SARS-CoV-2 o un virus que mute del SARS-CoV-2, o cualquier dispositivo utilizado en la administración de todos los componentes y materiales constituyentes de dicho producto. La información sobre el CICP y cómo presentar un reclamo está disponible llamando al 1-855-266-2427 o visitando <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/pfizer-biontech-covid-19-vaccine>

Nombre en imprenta:

Fecha de hoy:

Firma del paciente

Relación con el cliente

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD

Yo, (escriba su nombre aquí) _____, reconozco y acepto que he recibido o se me ha informado sobre el Aviso de las Prácticas de la Privacidad de Affinia Healthcare y dónde puedo obtener las revisiones realizadas a este Aviso.

Firma del Cliente/Representante Legal

Relación con el Cliente

Fecha de hoy

Solo para uso clínico

Manufacturer:	Brand	Lot Number
Dose Number: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Booster	Expiration Date ____/____/____	Date Administered ____/____/____
EUA Fact Sheet Date: ____/____/____	EUA Fact Sheet Given Date: ____/____/____	Injection Site (Deltoid): L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Vaccine Dose: _____

DOCUMENTATION REQUIRED FOR MINOR: Yes No

- A minor under the care of a parent/guardian that physically appears and signs the requisite paperwork for the minor to receive the vaccination.
- Notarized written consent in cases where the parent/guardian is not present at the vaccination.
- Un-notarized written consent, if verbal confirmation can be obtained by telephone, in cases where the parent/guardian are not present at the vaccination
- A minor under the care of a relative caregiver. The affidavit as explained in §431.058, RSMo, must be provided for the minor to receive the vaccination.
- A minor under the care of the Department of Social Services, written consent from Children's Division (or designee) or Division of Youth Services must be provided for the minor to receive the vaccination.
- A minor married, pregnant, or minor parent, under §431.061, RSMo (minor parent, married minor, etc.). Documentation shown at time of vaccine: _____
- "Homeless youth" (qualified youth) as provided in §431.056, RSMo, such documentation may be letters from persons/entities such as (but not limited to): a director or designee of a governmental or nonprofit agency that receives public or private funding to provide services to homeless persons; a location education agency liaison for homeless children and youth designated under 42 U.S.C. Section 11432(g)(1)(J)(ii); a school social worker/counselor; or a licensed attorney representing the minor in any legal matter.

Administered by Name and Title:

Agency:

Agency Address:

Clinic Administration Address:

(Revised 1.6.22)