



Consentimiento para la vacuna de ARNm contra el COVID-19

Este formulario debe ser completado por la persona que recibe la vacuna contra el COVID-19 - **(Por favor, escribe en letra imprenta)**

Apellido: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de Lawson: _____

(solo corresponde a los empleados de Mercy)

Por favor, informe a su vacunador si:

1. tienes una enfermedad o tomas una medicación que te produce moretones o si sangras con facilidad (habla con tu proveedor si tienes dudas); o
2. tienes en este momento un historial de alergia grave y/o si usas un autoinyector de epinefrina.

Por favor, responde las siguientes preguntas:

Las respuestas a las preguntas #1, #2 y #3 deben ser "Sí" o "No aplica (N/A)" para continuar.

<i>Nota para los menores de 18 años:</i> <ul style="list-style-type: none">• Los individuos a partir de los 12 años de edad son aptos para recibir la vacuna de Pfizer contra el COVID-19. Los individuos de 12 a 17 años necesitan el consentimiento de sus padres o tutores para recibir la vacuna de Pfizer contra el COVID-19.• Los individuos menores de 18 años NO pueden recibir la vacuna de Moderna contra el COVID-19.	Sí	No
1. ¿Tienes 12 años o más? (el vacunador debe verificar la fecha de nacimiento indicada y confirmar la elegibilidad para recibir la vacuna administrada)		
2. ¿Te sientes bien hoy y tienes una temperatura corporal inferior a 100°/37.8 °C?	Sí	No
3. Si estás embarazada o amamantando, ¿hablaste sobre la vacuna contra el COVID-19 con tu proveedor de salud?	Sí N/A	No
4. Si estás recibiendo la tercera dosis de una vacuna contra el COVID-19: Certifico que cumplo con los requisitos para vacunarme en esta ocasión porque:		
a. Recibí un trasplante de víscera sólida	Sí	No
b. Se me diagnosticó una enfermedad o tomo medicación que implican que tengo un nivel de inmunodeficiencia equivalente al de un trasplante de víscera sólida	Sí	No

Si respondes "Sí" a las preguntas #5, #6, #8, #9a o 9b, se te puede pedir que retrases o no recibas la vacuna en este momento.

5. ¿Has recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	Sí	No
6. ¿Tuviste una reacción alérgica* a productos que contienen polietilenglicol (por ejemplo, laxativos como MiraLAX/Golytely)? <small>*una reacción como comezón, enrojecimiento de la piel, hinchazón de la cara, los labios o la lengua, falta de aliento, sibilancia, ritmo cardíaco rápido, presión arterial baja</small>	Sí	No
7. ¿Has tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna o a cualquier otra terapia inyectable?	Sí	No
8. ¿Has tenido alguna reacción alérgica* después de recibir una dosis de la vacuna contra el COVID-19? <small>*una reacción como comezón, enrojecimiento de la piel, hinchazón de la cara, los labios o la lengua, falta de aliento, sibilancia, ritmo cardíaco rápido, presión arterial baja</small>	Sí	No
9a. ¿Has tenido COVID en los últimos 90 días y recibiste tratamiento con anticuerpos?	Sí	No
9b. ¿Has tenido COVID en los últimos 90 días y te diagnosticaron con síndrome inflamatorio multisistémico?	Sí	No

COVID-19 - Verificación de la encuesta y consentimiento para recibir la vacunación

Por la presente, certifico que la información que he proporcionado es completa, verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que la falsificación o tergiversación de cualquier información, o el incumplimiento o negligencia en la divulgación de cualquier información, puede ser motivo de terminación de este programa de vacunación, independientemente de cuándo se descubra dicha falsificación, tergiversación, incumplimiento o negligencia.

Entiendo que la vacuna contra el COVID-19 ha sido aprobada para su uso y está siendo administrada de acuerdo con una Autorización de Uso de Emergencia emitida por la FDA. Por la presente, certifico que he recibido y leído la "Hoja informativa sobre la Autorización de Uso de Emergencia para receptores y cuidadores" y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que se me han contestado a satisfacción.

Doy mi consentimiento para que se me administre la vacuna contra el COVID-19 en una serie de 2 dosis separadas por el intervalo recomendado por el fabricante de la vacuna. Comprendo los riesgos y beneficios de la vacunación y asumo voluntariamente toda la responsabilidad de las reacciones que puedan producirse.

Entiendo y ACEPTO permanecer en el área de administración de la vacuna durante 15 minutos después de recibir la vacunación para que me monitoreen por cualquier posible reacción adversa (30 minutos si tuve una reacción alérgica grave en el pasado). Entiendo que si siento efectos secundarios después de salir del lugar de la vacuna, según la severidad de la reacción, debo contactar a mi proveedor de salud y/o al 911. Entiendo y reconozco que después de recibir la vacuna contra el COVID-19 todavía debo seguir las pautas en mi lugar de trabajo, incluido el uso del equipo de protección personal correcto y la participación en todo programa de detección que se requiera.

Entiendo y acepto que la información relacionada con que reciba la vacuna contra el COVID-19 puede ser revelada por Mercy a los registros estatales de inmunización y a otras autoridades gubernamentales según lo requiera la ley o los procedimientos relacionados con la distribución y el seguimiento de la administración de la vacuna contra el COVID-19.

Para los empleados de Mercy: Entiendo que la vacuna contra el COVID-19 se me está administrando como parte del programa de Salud de Empleados de Mercy y acepto que Mercy incluirá mi registro de la vacuna contra el COVID-19 en la administración como parte de mi registro de Salud del Empleado.

**Firma de la persona que recibirá la vacuna
(o padre, tutor o representante autorizado)**

Fecha

Si firma en nombre de la persona que va a recibir la vacuna, está declarando que está autorizado a responder las preguntas de la encuesta y a proporcionar el consentimiento requerido en nombre de esa persona. También, que usted controlará al individuo que recibe la vacuna para detectar cualquier reacción adversa.

**Nombre del padre, tutor o
representante autorizado**

Relación

Número de teléfono

Question #	Feedback
<p>1. ¿Tienes 12 años o más? Los individuos que tengan entre 12 y 17 años de edad necesitarán el consentimiento de sus padres.</p>	<p>Si la respuesta es No, no podrán recibir la vacuna hoy. Los individuos de entre 12 y 17 años que son aptos para recibir la vacuna de Pfizer contra el COVID-19 necesitan el consentimiento de sus padres o tutores para recibir la vacuna de Pfizer contra el COVID-19. Los individuos menores de 18 años NO PUEDEN recibir la vacuna de Moderna contra el COVID-19.</p>
<p>2. ¿Te sientes bien hoy y tienes una temperatura corporal inferior a 100°/37.8°?</p>	<p>Si la respuesta es Sí, no hay comentarios; permita que se programe la vacunación. Si la respuesta es No, "Aplaza la vacunación hasta la mejora de los síntomas durante 24 horas"; no permita que reciba la vacuna hoy.</p>
<p>3. Si estás embarazada o amamantando, ¿hablaste sobre la vacuna contra el COVID-19 con tu proveedor de salud?</p>	<p>Si la respuesta es Sí o N/A - no hay comentarios; permita que se programe y que reciba la vacuna. Si la respuesta es No - "Habla con tu proveedor de atención médica antes de presentarte para la vacunación"; permita que se programe; el vacunador debe asegurarse de que se hable con el proveedor antes de administrar la vacuna. Si no, se aplaza.</p>
<p>4. Si estás recibiendo la tercera dosis de una vacuna contra el COVID-19: Certifico que cumplo con los requisitos para vacunarme en esta ocasión por:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento activo de tumor sólido maligno y neoplasia sanguínea ▪ Recepción de trasplante de víscera sólida y de terapia inmunodepresora ▪ Recepción de células CAR-T o trasplante de células madre hematopoyéticas (dentro de los 2 años del trasplante o recibiendo terapia inmunodepresora) ▪ Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (como los síndromes de DiGeorge, Wiskott-Aldrich) ▪ Infección por el VIH avanzada o sin tratamiento ▪ Tratamiento activo con dosis elevadas de corticoesteroides (por ej., ≥20mg diarios de prednisona o equivalente), agentes alquilantes, antimetabolitos, medicación inmunodepresora por trasplante, quimioterápicos para cáncer clasificados como inmunosupresores potentes, bloqueadores TNF, y otras sustancias biológicas que son inmunosupresoras o inmunomoduladoras.
<p>5. ¿Has recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?</p>	<p>Si la respuesta es Sí, aclara qué vacuna del fabricante se administró para garantizar la administración de la misma vacuna para la segunda dosis.</p>
<p>6. ¿Tuviste una reacción alérgica* a productos que contienen polietilenglicol (por ejemplo, laxativos como MiraLAX/Golytely)? * una reacción como comezón, enrojecimiento de la piel, hinchazón de la cara, los labios o la lengua, falta de aliento, sibilancia, ritmo cardíaco rápido, presión arterial baja</p>	<p>Si la respuesta es Sí, las reacciones alérgicas a componentes de la vacuna (polietilenglicol PEG) son contraindicaciones para recibir una vacuna con ARNm. No permita que reciba la vacuna.</p>
<p>7. ¿Has tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna o a cualquier otra terapia inyectable?</p>	<p>Si la respuesta es Sí - "Se requerirá que seas monitoreado por un tiempo adicional (30 minutos) si se te aplica una vacuna contra el COVID; háblalo con el vacunador cuando llegues"; permita que se programe. Si la respuesta es No - permita que reciba a vacuna hoy.</p>
<p>8. ¿Has tenido una reacción alérgica inmediata de cualquier gravedad* después de una dosis anterior de la vacuna contra el Covid-19 con ARNm? *reacción alérgica inmediata, incluida la anafilaxia, que se produce en las cuatro horas siguientes a la administración. Signos y síntomas: La mayoría se producen en los 15-30 minutos siguientes a la vacunación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la piel: prurito, urticaria, enrojecimiento, angioedema (por ejemplo, hinchazón de la cara, los labios, la lengua) ▪ Respiratorios: dificultad para respirar, sibilancias, broncoespasmo, respiración ruidosa ▪ Neurológicos: confusión, desorientación, debilidad, pérdida de conciencia ▪ Cardiovasculares: hipotensión, taquicardia ▪ Gastrointestinales: náuseas, dolor abdominal, vómitos 	<p>Si la respuesta es Sí - "Estas reacciones son una contraindicación para recibir la vacuna. No podrás programar una cita en este momento. Deberás hablar con tu proveedor de atención médica y obtener una aprobación por escrito para programar y recibir otra dosis de la vacuna contra el COVID-19 con ARNm". Si la respuesta es No - permita que reciba la vacuna. NOTA: Reacciones generales esperadas después de la vacunación que no se consideran reacciones alérgicas y permiten que se reciba la vacuna.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dolor, enrojecimiento, hinchazón o dolor que no es inmediato en el lugar de la inyección ▪ linfadenopatía en el mismo brazo de la vacunación ▪ fatiga ▪ dolores corporales ▪ fiebre, escalofríos ▪ dolor de cabeza
<p>9a. ¿Has tenido COVID en los últimos 90 días y recibiste tratamiento con anticuerpos?</p>	<p>Si la respuesta es Sí - "Por favor, aplaza tu vacunación hasta 90 días después del tratamiento con plasma o anticuerpos"; no permita que se programe. Si la respuesta es No - permita que reciba la vacuna hoy.</p>
<p>9b. ¿Has tenido COVID en los últimos 90 días y te diagnosticaron con síndrome inflamatorio multisistémico?</p>	<p>Si la respuesta es Sí - "Por favor, aplaza tu vacunación hasta 90 días después de la fecha del diagnóstico con síndrome inflamatorio multisistémico"; no permita que se programe. Si la respuesta es No - permita que reciba la vacuna hoy.</p>