

# Formulario de consentimiento y evaluación de COVID-19

En letra de imprenta

## Sección 1: Información de la persona que recibe la vacuna

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

| Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
|-------|--------|--------|---------------|
|-------|--------|--------|---------------|

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Raza

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena norteamericana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Asiática                                   | <input type="checkbox"/> Blanca                |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái                            | <input type="checkbox"/> Otra raza             |
| <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico                   |  |

### Origen étnico

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No hispano o latino | <input type="checkbox"/> Hispano o latino |
|--|---|

### Lengua materna

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español |
|---------------------------------|----------------------------------|

Lugar en que se administró: \_\_\_\_\_

## Sección 2: Cuestionario de evaluación

¿Se siente enfermo el día de hoy? **SÍ**  **NO**

¿Ha recibido terapia de anticuerpos para COVID-19 en los últimos 90 días? **SÍ**  **NO**

¿Ha sufrido una reacción alérgica grave o con riesgo de vida, como urticaria, o dificultad para respirar debido a *cualquier* vacuna o inyección? **SÍ**  **NO**

¿Le han administrado alguna vacuna en los últimos 14 días? (Incluida la vacuna antigripal) **SÍ**  **NO**

¿Está embarazada o en período de lactancia, o considera quedar embarazada? **SÍ**  **NO**

¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o ha sufrido alguna enfermedad autoinmune o alguna afección que debilite el sistema inmunitario? **SÍ**  **NO**

¿Toma alguna medicación que afecte su sistema inmunitario, como esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido radioterapia? **SÍ**  **NO**

## Autorización de uso urgente

La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) ha puesto a disposición la vacuna contra la COVID-19 conforme a una autorización de uso urgente (emergency use authorization, EUA). La autorización de uso urgente se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como lo es la pandemia de la COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que una vacuna con licencia o aprobada por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna a disposición bajo una autorización de uso urgente se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y en que la totalidad de la evidencia científica disponible demuestra que los beneficios potenciales y ya conocidos de la vacuna son mayores que los riesgos.

## Consentimiento

He recibido, he leído (o me han explicado) y he comprendido la hoja informativa sobre la vacuna contra la COVID-19 que me proporcionaron. Por el presente autorizo a \_\_\_\_\_ a administrar la vacuna que he solicitado en una serie de dos dosis con \_\_\_\_\_ días de diferencia. El alcance de este consentimiento incluye la administración de la vacuna, el análisis con un proveedor en caso de que se solicite, el cuidado y el tratamiento inmediatamente posteriores a la administración en caso de ser necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Sección 3: para ser completada por el personal de vacunación

\_\_\_\_\_  
Encargado de la vacunación

| Vacuna que se administró:             | Primera dosis            | Segunda dosis            |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lugar de administración de la vacuna: | Deltoides izquierdo      | Deltoides derecho        |
| _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |