



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y DE EVALUACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Nombre de la administración del establecimiento/ID del establecimiento:

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (EN IMPRENTA)

Nombre: Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____	
Fecha de nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ Número de teléfono (Paciente o Tutor): (_____) _____	
Dirección: _____ Dpto./habitación: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
Nombre del tutor legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____	
Sexo (género asignado al nacer) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Raza <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Otra, no blanca <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocida
Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Se desconoce	
Prestador de seguro principal ID #: _____ Grupo #: _____ Compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de seguros: _____ Nombre del asegurado: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____	
Prestador de seguro secundario ID #: _____ Grupo #: _____ Compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de seguros: _____ Nombre del asegurado: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____	

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE EVALUACIÓN DE COVID-19

Por favor, marque SÍ o NO para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Tiene hoy o ha tenido en algún momento de los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, cansancio extremo, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida nueva del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos o diarrea?		
2. ¿Ha dado positivo y/o se le ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 10 días?		
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, ha necesitado epinefrina o atención hospitalaria) a una dosis anterior de esta vacuna o a alguno de sus componentes?		

SECCIÓN 3: GUÍA DE EVALUACIÓN DE INMUNIZACIÓN PARA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Por favor, marque SÍ o NO para cada pregunta.	Sí	No
4. ¿Lleva con usted un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tienes alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o al látex?		
5. Para las mujeres, ¿está usted embarazada o hay posibilidad de que se embarace?		
6. Para las mujeres, ¿está actualmente amamantando?		
7. ¿Está usted inmunodeprimido o toma algún medicamento que afecte a su sistema inmunitario?		
8. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante/medicamento anticoagulante?		
9. Si es menor de 18 años, ¿sabe usted y/o su tutor que sólo puede recibir la vacuna de Pfizer, Moderna o Novavax?		
10. ¿Ha recibido una dosis previa de cualquier vacuna de COVID-19? En caso afirmativo, ¿de qué fabricante?		

- Certifico que soy: (a) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 6 meses de edad (sólo para el consentimiento de la vacuna de Pfizer y Moderna); o (c) estoy legalmente autorizado a dar el consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Asimismo, por la presente doy mi consentimiento al Departamento de Salud de Florida (DOH, por sus siglas en inglés) o a sus agentes para administrar la vacuna de COVID-19.
- El producto de vacuna contra el COVID-19 de Pfizer BioNTech, Comirnaty, tiene aprobación completa y licencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) para su uso solo en personas mayores de 12 años de edad. El producto de vacuna contra el COVID 19 de Moderna, Spikevax, también tiene aprobación completa y licencia de la FDA para su uso solo en personas mayores de 18 años de edad.
- Comprendo que este producto (además del uso de Pfizer y Moderna solo en las edades mencionadas) no solo tiene aprobación o licencia de la FDA, sino que también tiene autorización de la FDA para su uso en emergencias, con una Autorización de uso en emergencias (EUA, por sus siglas en inglés) para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), para el uso en personas de entre 6 meses y 11 años de edad (solo Pfizer), de 6 meses a 17 años de edad (solo Moderna), mayores de 12 años (solo Novavax); y el uso en emergencias de este producto solo está autorizado por la duración de la declaración de que las circunstancias justifican la autorización de emergencia del uso del producto médico según el artículo 564(b)(1) de la Ley de Alimentos, Medicamentos y

Productos Cosméticos, a menos que se cancele la declaración o se revoque la autorización antes.

- Comprendo que, si soy un hombre de entre 18 y 39 años con condiciones cardíacas preexistentes, como miocarditis y pericarditis, se recomienda que discuta los posibles beneficios y riesgos asociados a recibir una vacuna de mRNA contra el COVID-19 con mi prestador de atención médica primaria.
- Entiendo que no es posible predecir todos los efectos secundarios posibles o las complicaciones asociadas con la administración de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna mencionada y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia sobre la vacuna COVID-19 que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.
- Reconozco que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más en casos específicos) después de la administración para su observación. Si presento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad al Estado de Florida, al Departamento de Salud de Florida (DOH, por sus siglas en inglés), a la División de Administración de Emergencias de Florida (FDEM, por sus siglas en inglés) y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, conocida o desconocida, que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionada con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.
- Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de Florida SHOTS, el registro de vacunación de Florida y (b) el DOH incluirá mi información personal de vacunación en Florida SHOTS y mi información personal de vacunación será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) u otras agencias federales.
- Asimismo, autorizo al DOH, al FDEM o a sus agentes a reclamarle a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin pago de cobertura suplementaria para mí por los puntos y servicios solicitados anteriormente. Cedo y solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al DOH, al FDEM o a sus agentes con respecto a los puntos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago por el cual soy económicamente responsable se debe realizar en el momento del servicio o, si el DOH me envía la factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.
- Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del DOH.

Firma del paciente o el representante autorizado:

Fecha:

Aclaración Nombre del representante y relación con la persona que recibe la vacuna:

Inoculación (DI/DD)	Ruta	Fabricante (MVX)	Lote # Unidad de uso / Unidad de venta	Fecha de vencimiento	Fecha de la hoja informativa de EUA
	IM				

Administrada en el lugar: Nombre del establecimiento/ID	
Administrado en el lugar: Tipo	
Dirección de administración:	
CVX (producto)	
Organización que envía:	

Aclaración de quien vacuna:

Firma:

Fecha:

Sufijo del prestador que administra la vacuna: