

Formulario de permiso y evaluación de vacuna COVID-19

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** ____ **GÉNERO:** ____
 _____ MM/DD/YYYY

Raza: Blanco Negro Asiático Islaño del pacífico Nativo americano Otro **Etnicidad:** Hispano/Latino No Hispano/Latino
Teléfono: (____) _____ **Domicilio:** _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____
Rx BIN: _____ **Rx PCN:** _____ **Grupo Rx:** _____ **ID de miembro:** _____

Número de identificación del beneficiario de Medicare (de la tarjeta roja, blanca y azul) Se aplica a todas las personas mayores de 65 años, incluso si tienen un "Plan Advantage"			
Número de Seguro Social (se requiere el número completo; si no tiene seguro, consulte a un miembro del personal):			
Apellido de soltera de la madre (Requerido para el registro de vacuna)		Ocupación calificador / condición médica (requerido si es <65 años)	

Doctor de cabecera: _____ **Número del doctor:** (____) _____

Marque un círculo **SÍ** o **NO** para las siguientes preguntas y responda CADA pregunta.

¿Se siente enfermo hoy?	SÍ	NO
¿Ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer Fecha de administración: _____ Algun efecto secundario: _____ <input type="checkbox"/> Moderna Fecha de administración: _____ Algun efecto secundario: _____	SÍ	NO
¿Es alérgico al polietilenglicol (esto se encuentra en productos como cosméticos, productos para el cuidado de la piel, jarabes para la tos, laxantes, preparativos intestinales para colonoscopias, algunos alimentos y bebidas)	SÍ	NO
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital? En caso afirmativo, explique:	SÍ	NO
¿Tiene un trastorno hemorrágico grave o está tomando un anticoagulante?	SÍ	NO
¿Ha dado positivo por COVID-19? En caso afirmativo, fecha del resultado positivo del laboratorio:	SÍ	NO
¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19? En caso afirmativo, cuándo:	SÍ	NO
¿Está inmunosuprimido?	SÍ	NO
¿Está embarazada o planea quedar embarazada?	SÍ	NO
¿Está amamantando?	SÍ	NO
¿Alguna vez se ha sentido mareado o se desmayó después de recibir una vacuna o un procedimiento médico?	SÍ	NO
¿Ha recibido una vacuna en los últimos 14 días?	SÍ	NO

He recibido, leído y comprendido la "Hoja de datos para destinatarios y cuidadores" sobre la "Autorización de uso de emergencia (EUA) para la vacuna de COVID-19. Entiendo los beneficios y riesgos de recibir esta vacuna de COVID-19. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Por el presente doy mi consentimiento informado para que la vacuna que se indica a continuación se me administre a mí o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Las vacunas administradas hoy se ingresarán en CAIR y se compartirán a menos que yo me oponga.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Relación con la persona arriba

Para uso oficial	Fecha	Vacuna / Manufactura		# de lote & Fecha de vencimiento		Administrado por	Sitio intramuscular
			Vacuna COVID-19 <input type="checkbox"/> Moderna. <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Pfizer				



Formulario de autocertificación para la vacunación de COVID-19:

Pacientes con inmunodeficiencia moderada o severa

El CDC recomienda que las personas con inmunodeficiencia moderada o severa reciban una dosis adicional de la vacuna COVID-19 de mRNA (Pfizer-BioNTech o Moderna) al menos 28 días después de la finalización de la serie inicial de la vacuna COVID-19 de mRNA.

Los pacientes pueden autodeclarar su estado relleno y firmando este formulario.

Por favor, marque una de las siguientes opciones y firme al final.

La inmunodeficiencia moderada a grave incluye a las personas que tienen:

- Recibiendo tratamiento oncológico activo para tumores o cánceres de la sangre
- Ha recibido un trasplante de órgano y está tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunitario
- Ha recibido un trasplante de células madre en los últimos 2 años o está tomando medicamentos para suprimir el sistema inmunitario
- Inmunodeficiencia primaria moderada o severa (como el síndrome DiGeorge, el síndrome Wiskott-Aldrich)
- Infección por VIH avanzada o no tratada
- Tratamiento activo con dosis altas de corticosteroides (es decir, ≥ 20 mg de prednisona o su equivalente al día durante > 14 días) u otros fármacos que puedan suprimir su respuesta inmunitaria [por ejemplo, agentes alquilantes (ciclofosfamida); antimetabolitos (metotrexato); fármacos inmunosupresores relacionados con el trasplante (ciclosporina, tacrolimus, everolimus); bloqueadores del TNF (etanercept)].
- Otra(s) condición(es) que causa(n) una inmunosupresión moderada o grave similar a las anteriores

Las personas deben hablar con su proveedor de atención médica sobre su condición médica, y si recibir una dosis adicional es apropiado para ellos.

Nombre completo impreso: _____ Fecha: _____

Firma: _____