

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y EVALUACION PARA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Edades de 6 meses a 14 años

datos de la persona que recibirá la inyección (escriba en letra de imprenta)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad del paciente: \_\_\_\_\_

| PREGUNTAS DE EVALUACIÓN PARA LA PERSONA QUE RECIBE LA INYECCIÓN  |                      |           |      |
|--|----------------------|-----------|------|
| Las preguntas a continuación nos ayudarán a decidir si la vacuna se puede administrar en la clínica de vacunas:  | Circule su respuesta |           |      |
| 1. ¿Su hijo/a ha tenido una prueba COVID-19 positiva en los últimos 14 días?   | SÍ                   | NO        |      |
| 2. He leído y me han respondido a mis preguntas sobre la AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) de la vacuna contra el COVID-19 que se le administrará a mi hijo/a.   | SÍ                   | NO        |      |
| 3. Soy consciente de que algunas personas pueden tener reacciones físicas a la inyección, como (pero no limitadas a) dolor en el lugar de la inyección, mareos o desmayos.   | SÍ                   | NO        |      |
| 4. ¿Entiendo los beneficios y riesgos y pido que la vacuna se le administre a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado/a para hacer esta solicitud.  | SÍ                   | NO        |      |
| 5. ¿Se ha sentido enfermo su hijo/a? Si su hijo/a se siente enfermo/a el día de la clínica de vacunas, debe quedarse en casa.  | SÍ                   | NO        |      |
| 6. ¿Cuál vacuna contra el COVID-19 recibirá su hijo/a hoy?   | PFIZER               | MODERNA   |      |
| 7. ¿Su hijo/a ha recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19?   | SÍ                   | NO        |      |
| a. Si contestó SÍ, ¿qué cual fue?  | PFIZER               | MODERNA   | OTRA |
| 8. ¿Su hijo/a ha tenido una reacción alérgica grave o potencialmente mortal, como anafilaxia, urticaria o dificultad para respirar?<br>Si contestó SÍ, ¿le han recetado a su hijo/a un medicamento <i>epi pen</i> ? SÍ /NO | SÍ                   | NO        |      |
| 9. ¿Su hijo/a tiene alergias? Si contestó SÍ, Haga una lista de las alergias: _____  | SÍ                   | NO        |      |
| 10. ¿Su hijo/a ha sido diagnosticado/a con síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C)?  | SÍ                   | NO        |      |
| 11. ¿Su hija está embarazada o está considerando quedar embarazada?  | SÍ                   | NO        |      |
| 12. ¿Su hijo/a tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, antecedentes de enfermedad autoinmune o cualquier otra condición que debilite el sistema inmunológico?  | SÍ                   | NO        |      |
| 13. ¿Su hijo/a tiene algún otro problema de salud médico o mental que debamos saber? Por favor describa: _____   | SÍ                   | NO        |      |
| 14. ¿Su hijo/a usa algún medicamento que afecte su sistema inmunológico, como esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido algún tratamiento de radiación?  | SÍ                   | NO        |      |
| 15. ¿En cuál brazo/muslo preferiría su hijo/a recibir la vacuna?   | DERECHO              | IZQUIERDO |      |

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo :  Masculino  Femenino  
 Mes Día Año

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico \*: \_\_\_\_\_

Núm. de identificación #: \_\_\_\_\_ Código de persona (Sufijo): \_\_\_\_\_ Núm. de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de suscriptor del seguro médico \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor del seguro médico: \_\_\_\_\_

\* No se requiere seguro médico; esta sección puede dejarse en blanco si no corresponde.

¿Es de etnia hispana?  Sí  No  No sé Idioma principal: \_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano / Nativa de Alaska  Hispana/Latino  Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico  
 Negra / Afroamericano  Blanca  Asiática  Otro: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo que puedo revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Servicios de Salud de Samaritan que se encuentra en <https://www.samhealth.org/patient-visitors/patient-privacy-rights>.

**Consentimiento para la vacunación del menor:**

He recibido, leído o me han explicado y entiendo la información sobre la vacuna contra el COVID-19 que se me ofreció (disponible en [www.samhealth.org/getthevaccine](http://www.samhealth.org/getthevaccine)). Por la presente autorizo a los Servicios de Salud de Samaritan a administrar la vacuna que he pedido como una serie de dos dosis. Este consentimiento incluye la administración de la vacuna, la conversación con un proveedor si se solicita, la atención y los tratamientos inmediatamente después de la administración según sea necesario. En caso de que su hijo se queje de síntomas consistentes con una reacción alérgica, será tratado por personal clínico en el lugar. Esto puede incluir la inyección de epinefrina y el transporte al servicio de urgencias más cercano si está indicado.

El personal/empleados no sujetarán a un niño contra su voluntad con fines de vacunar. No se vacunará a los niños que muestren ansiedad o angustia severa, que se nieguen a continuar con la inyección o cualquier comportamiento perturbador.

Doy mi consentimiento o permiso para que el niño nombrado en la parte de arriba de este formulario reciba la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech. (Si este formulario de autorización no está firmado ni fechado, el niño no será vacunado).

Firma del representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el/la niño/a: \_\_\_\_\_ Teléfono donde se le puede localizar de inmediato si es necesario: \_\_\_\_\_

**ESTA SECCIÓN SÓLO PARA USO DE LA CLÍNICA**

| Dose # | EUA/VIS Given | Brand                                  | Lot # | Exp. Date | Manuf. | Dose (ML) | Site/Rte |
|--------|---------------|--|-------|-----------|--------|-----------|----------|
|        |               |  |       |           |        |           |          |
|        |               |  |       |           |        |           |          |
| Date:  |               | Vaccine Administrator Full Name/Title: |       |           |        |           |          |
| Time:  |               | Vaccine Administrator Signature        |       |           |        |           |          |