

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA)

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Raza	Origen étnico	
Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Género (círcule uno) M / F / X

**CONDICIONES DE TRATAMIENTO:** La FDA ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias para justificar el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que una vacuna aprobada o autorizada por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo un EUA se basa en la existente emergencia de salud pública y la totalidad de la evidencia científica disponible, que muestra que los ya conocidos beneficios de la vacuna superan los ya conocidos riesgos potenciales.

**CONSENTIMIENTO:** He recibido, leído o me han explicado, y entiendo los riesgos y beneficios de la hoja de información de la vacuna Pfizer-BioNTech (Pfizer) COVID-19 proporcionada o disponible en <https://www.fda.gov/media/144414/download>. Al proporcionar mi consentimiento a continuación, acepto que tengo autoridad legal en nombre del niño / menor mencionado anteriormente para recibir la vacuna Pfizer COVID-19. Entiendo que es posible que no se me exija acompañar al niño / menor mencionado anteriormente a su cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el niño / menor recibirá la vacuna Pfizer COVID-19, esté o no presente en la cita de vacunación. El alcance de este consentimiento incluye la administración de la vacuna, la discusión con el proveedor, si se solicita, la atención y los tratamientos inmediatamente después de la administración según sea necesario. Por la presente autorizo a Salem Health, su personal o agentes a administrar la (s) vacuna (s).

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO:** Cedo a Salem Health el derecho a recibir pagos de beneficios directamente de mi seguro médico o plan de salud para el reembolso de la administración de la vacuna COVID-19. Entiendo que esta asignación es definitiva.

#	Preguntas de proceso de selección	Si	No	No se
1.	¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Ha recibido anteriormente una vacuna COVID-19? Si es así, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Ha sido tratado con terapia de anticuerpos para COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Le han diagnosticado síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C) después de una infección por COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Ha tenido una reacción alérgica grave o potencialmente mortal como urticaria o dificultad para respirar a alguna vacuna o inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? (incluida la vacuna contra la gripe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Estás embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA, antecedentes de enfermedad autoinmune o cualquier otra condición que debilite el sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Toma algún medicamento que afecte su sistema inmunológico, como esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido algún tratamiento de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Paciente o Representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Escriba el nombre del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

-----FOR DOWNTIME USE ONLY

SITE LOCATION USE ONLY-----

MRN: \_\_\_\_\_ CSN: \_\_\_\_\_

DOSE #	Site (Circle One)	Route	Manufacturer (Circle One)	Lot #	Vaccine Exp. Date	Administered By & Date/Time (Print Name)
<input type="checkbox"/> 1	LD	IM	Pfizer			DATE & TIME OF ADMINISTRATION
<input type="checkbox"/> 2	RD		Pediatri			
<input type="checkbox"/> 3			c			