

CONDICIONES PARA TRATAMIENTO, CONSENTIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA VACUNA COVID-19

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA)

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

CONDICIONES DE TRATAMIENTO: Las vacunas Pfizer y Moderna se administran en series de 2 dosis. La vacuna Janssen (J&J) es una vacuna de 1 dosis. COMIRNATY (vacuna COVID-19, ARNm) es una vacuna COVID-19 aprobada por la FDA fabricada por Pfizer. Se recomiendan Comirnaty y Pfizer EUA (autorización de uso de emergencia) para los mayores de 12 años. Para los pacientes que han completado la dosis de Pfizer, Moderna o Janssen, se puede administrar una dosis de refuerzo en poblaciones elegibles. El uso de cada una de las vacunas COVID-19 disponibles como dosis de refuerzo heteróloga (o "mezclar y combinar") en individuos elegibles después de completar la serie de vacunación principal con una vacuna COVID-19 disponible que sea diferente. Elegibilidad para una vacuna de refuerzo:

- Si recibió la serie principal de vacunas de Pfizer o Moderna, han pasado al menos 6 meses y tiene 65 años o más, o más de 18 y vive en un entorno de atención a largo plazo, tiene más de 18 años con afecciones médicas subyacentes o tiene más de 18 años y vive / si trabaja en entornos de alto riesgo, es posible que tenga una preferencia, pero puede recibir cualquier vacuna de refuerzo.
- Si recibió una vacuna de Janssen (J&J) como su dosis principal, han pasado al menos 2 meses y es mayor de 18 años, puede que tenga una preferencia, pero puede recibir cualquier vacuna de refuerzo.

La dosis de refuerzo de Moderna es la mitad de la administrada para la dosis de la serie principal.

CONSENTIMIENTO: He recibido, leído o me han explicado y entiendo la hoja de información de la vacuna COVID-19 proporcionada. Por la presente autorizo a Salem Health, su personal o agentes a administrar la (s) vacuna (s). Entiendo que la vacuna COVID-19 requiere que se administren dos dosis para Pfizer y Moderna y una dosis para Janssen para que se considere completamente vacunada. Una vacuna de refuerzo para las poblaciones elegibles proporcionará protección adicional. El alcance de este consentimiento incluye la administración de las vacunas, la discusión con un proveedor si se solicita, la atención y los tratamientos inmediatamente después de la administración, según sea necesario.

Asignación de beneficios del seguro: Cedo a SH 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 alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Otro producto ¿Ha recibido una serie completa de vacunas COVID-19? ¿Trajo consigo su tarjeta de registro de vacunas u otra documentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. Ej., Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias.) <ul style="list-style-type: none">• Un componente de la vacuna COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia.• Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, cobertura de tabletas y esteroides intravenosos.• Una dosis previa de la vacuna COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<ul style="list-style-type: none">• Una vacuna o terapia inyectable que contiene múltiples componentes, uno de los cuales es un componente de la vacuna COVID-19, pero no se sabe qué componente provocó la reacción inmediata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Soy una mujer de entre 18 y 49 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Soy un hombre de entre 12 y 29 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Con antecedentes de miocarditis o pericarditis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Tengo una reacción alérgica grave a alimentos, mascotas, veneno, alergias ambientales, o a medicamentos orales. Esta reacción alérgica no es a vacunas o terapias inyectables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Tuvo COVID-19 y fue tratado con anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Actualmente estoy embarazada o amamantando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Tiene rellenos dérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré (GBS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Paciente o

Representante autorizado:

Escriba el nombre del paciente en
letra de imprenta:

Fecha:

ÚNICAMENTE PARA USO EN TIEMPO INACTIVO -----

-----FOR SITE LOCATION USE ONLY-----Para uso del personal solamente -----

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		Moderna			
<input type="checkbox"/> 3			Moderna Booster - 1/2 dose			
			Janssen			

