



COMAL COUNTY
OFFICE OF PUBLIC HEALTH

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Telefono: _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado,Codigo Postal: _____

Autorizacion de uso de Emergencia

La FDA ha puesto a disposicion de uso de emergencia (AUE). La vacuna Comirnaty Covid-19 esta aprobada por la FDA. La AUE se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de medicamentos y productos biologicos durante una emergencia, como la pandemia de Covid-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revision que un producto aprobado por la FDA. Sin embargo, la decision de la FDA hacer la vacuna este disponible bajo una AUE se basa en la existencia de una emergencia de salud publica y la totalidad de la evidencia cientifica disponible, que muestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Consentimiento

Me han facilitado y he leido, o me han explicado, la ficha informativa sobre la vacunacion contra el Covid-19. Entiendo qu si esta vacuna requiere dos dosis, sera necesario administrar dos dosis de esta vacuna para que sea eficaz. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfaccion. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunacion como se describe.

Solicito que se me administrar la vacuna Covid-19 a contuacion (o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud y brindar consentimiento):

- Moderna
- Pfizer
- Booster Moderna Pfizer

Recibidor/ Guardian	Fecha	Relacion con el paciente, si no es el receptor
---------------------	-------	--

----- **Para Uso de Oficina** -----

- He revisado los efectos secundarios con el paciente (y el padre o guardian, segun corresponda)
- Confirmo que se le dio al paciente la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacunacion, y todas las preguntas que me hizo fueron respondidas lo mejor que pude.

Fecha Administrada: _____ **Sitio:** _____ **Ruta:** _____

Administrado por: Nombre Impreso _____

Firma & Titulo _____

ADD LABEL HERE

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Nombre _____

Para quienes reciban la vacuna (tanto niños como adultos):

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deba vacunarse contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no deba vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si alguna de las preguntas no es clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Qué edad tiene la persona que va a vacunarse? _____			
2. La persona que va a vacunarse, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que va a vacunarse, ¿ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? • Si la respuesta es "sí", ¿qué producto le administraron? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Janssen (<i>Johnson & Johnson</i>) <input type="checkbox"/> Otro producto <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax _____ • ¿Cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 le administraron? _____ • ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que va a vacunarse, ¿tiene alguna afección o está recibiendo algún tratamiento que haga que tenga el sistema inmunitario moderada o gravemente debilitado? <i>Esto incluiría, entre otros, tratamiento para el cáncer, infección por el VIH, haber recibido un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o con dosis altas de corticosteroides, terapia CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas [HCT], o inmunodeficiencia primaria moderada o grave.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La persona que va a vacunarse, ¿recibió la vacuna contra el COVID-19 antes o durante las terapias de trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o CAR-T?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La persona que va a vacunarse, ¿ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i> • Un componente de la vacuna contra el COVID-19 • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La persona que va a vacunarse, ¿ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Marque todo lo que corresponda para la persona que va a vacunarse:			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de algún síndrome de origen inmunitario que se defina como trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina (HIT)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (TTS)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses			

Formulario revisado por _____ Fecha _____

Adaptado, con reconocimiento, de las listas de verificación de evaluación de la Coalición de Acción para la Vacunación (IAC)