

**Registro de vacuna del COVID-19 y consentimiento para la vacuna de JANSSEN (también llamada Johnson & Johnson) del Departamento de Salud del condado de Wood**

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>Las personas que quieran recibir la vacuna deben tener al menos 18 años.</b>		
¿Se considera hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé/Prefiero no contestar		
¿Qué categoría o categorías describen mejor su raza?	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sé/Prefiero no contestar	
Dirección:		
Ciudad, estado y código postal:		
Teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
Si ocurre una emergencia hoy, ¿con quién debemos comunicarnos?		
Nombre:	Teléfono:	
Liste los nombres y las fechas de todas las vacunas del COVID previas:		
1 <sup>ra</sup> dosis: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson	Fecha:	2 <sup>da</sup> dosis: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> N/A
		Fecha:

**Elija el motivo principal por el que recibe la vacuna del COVID-19. (Marque solo una casilla).**

**Edad:** 18-39  40-49  50-59  60-64  65-69  70-74  75-79  80 años o más

**Lugar de residencia u ocupación**

- Centro de vida asistida: residente  o personal   
 Personal de servicios de cuidado de niños   
 Centro de atención conjunta: residente  o personal   
 Servicios médicos de emergencia (EMT/paramédicos)   
 Personal de servicios funerarios   
 Personal de servicios médicos  
 Hospitalario: personal clínico , administrativo  o auxiliar   
 No hospitalario: personal clínico , administrativo  o auxiliar   
 Policía, correccionales, bombero   
 Personal escolar (K-12)   
 Centro especializado de enfermería (RCF): residente  o personal   
 Estado de Ohio  
 Departamento de Discapacidades del Desarrollo (DODD): residente  o personal   
 Atención de larga duración (LTC) del Departamento de Rehabilitación y Corrección: residente  o personal   
 Servicios de Salud Mental y Adicciones (MHAS): residente  o personal   
 Centro para veteranos: residente  o personal

**Condición médica**

- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)   
 Receptores de trasplante de médula ósea   
 Cáncer   
 Enfermedad renal crónica   
 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)   
 Condiciones congénitas o de aparición temprana con discapacidad intelectual o del desarrollo   
 Condiciones congénitas o de aparición temprana que continuaron en la edad adulta sin discapacidad intelectual ni del desarrollo   
 Diabetes tipo 1  o tipo 2   
 Enfermedad renal en etapa final   
 Enfermedad cardiovascular   
 Obesidad   
 Embarazo

**Preguntas de evaluación**

¿Está enfermo (fiebre, congestión, tos)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Alguna vez ha tenido alguna reacción alérgica grave que haya necesitado epi (epinefrina)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Alguna vez tuvo alguna reacción alérgica a una vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Lo han tratado por COVID-19 en los últimos 90 días con terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Tiene un sistema inmunológico debilitado a causa de algo como VIH o cáncer?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Toma medicamentos u otras terapias para inhibir su sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
Mujeres: ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Consentimiento informado para vacunar

Escriba sus iniciales en cada línea.

Al firmar abajo, acepta que está autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente.

\_\_\_\_ Hoy vengo por la vacuna de **Janssen (Johnson & Johnson)** para:

\_\_\_\_ La primera dosis de la vacuna del COVID-19.

\_\_\_\_ Una dosis de refuerzo.

\_\_\_\_ Entiendo que los riesgos frecuentes asociados a la vacuna del COVID-19 incluyen, entre otros, dolor, enrojecimiento o hinchazón en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, náuseas, inflamación de los ganglios linfáticos o malestar general.

\_\_\_\_ Entiendo que la vacuna podría causar una reacción alérgica grave que podría incluir anafilaxia (dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, ritmo cardíaco rápido, sarpullido en todo el cuerpo, mareos o debilidad).

\_\_\_\_ Entiendo que en algunas personas que recibieron la vacuna del COVID-19 de **Janssen (Johnson & Johnson)** se produjeron coágulos de sangre en los vasos sanguíneos del cerebro, abdomen y piernas, así como también niveles de plaquetas bajas (células de la sangre que ayudan a parar las hemorragias). Entiendo que las posibilidades de que esto ocurra son bajas.

\_\_\_\_ Entiendo que la evidencia disponible actualmente muestra que es posible que la vacuna del COVID-19 de **Janssen (Johnson & Johnson)** haya causado estos coágulos de sangre y niveles de plaquetas bajas en las personas que los presentaron.

\_\_\_\_ Entiendo que, en las personas que presentaron estos coágulos de sangre y niveles de plaquetas bajas, los síntomas empezaron aproximadamente una o dos semanas después de la vacunación.

\_\_\_\_ Entiendo que estos coágulos de sangre y niveles de plaquetas bajas pueden darse fuera del plazo de una a dos semanas y que debo prestar atención a los síntomas después de este período.

\_\_\_\_ Entiendo que las personas que tuvieron estos coágulos de sangre y niveles de plaquetas bajas eran en su mayoría mujeres de entre 18 y 49 años.

\_\_\_\_ Entiendo que algunas personas que tuvieron estos coágulos de sangre y niveles de plaquetas bajas murieron.

\_\_\_\_ Entiendo que debo buscar atención médica inmediata si tengo alguno de los siguientes síntomas después de recibir la vacuna del COVID-19 de **Janssen (Johnson & Johnson)**:

- Falta de aire.
- Dolor en el pecho.
- Hinchazón de las piernas.
- Dolor abdominal persistente.
- Dolores de cabeza severos o persistentes o vista borrosa.
- Fácil aparición de moretones o manchas de sangre pequeñas debajo de la piel fuera del lugar de la inyección.

\_\_\_\_ Entiendo que debo informarle a mi proveedor de atención médica que recibí la vacuna de **Janssen (Johnson & Johnson)** si necesito atención por cualquiera de los síntomas mencionados arriba.

\_\_\_\_ Entiendo que mi proveedor de atención médica puede preguntarme si recibí la vacuna del COVID-19 de **Janssen (Johnson & Johnson)** y puede usar uno o más de sus nombres más conocidos, incluyendo:

- “Janssen” (pronunciado YAN-sen)
- “Janssen” (pronunciado JAN-sen)
- “Johnson & Johnson”
- “J&J”
- “Vacuna de una dosis/Vacuna de una inyección”

\_\_\_\_ Entiendo que algunas personas que recibieron la vacuna del COVID-19 de Janssen presentaron el síndrome de Guillain-Barré (un trastorno neurológico en el que el sistema inmunológico del cuerpo daña las células nerviosas, lo que causa debilidad muscular y a veces parálisis). En la mayoría de las personas, los síntomas empezaron 42 días después de recibir la vacuna del COVID-19 de Janssen. Entiendo que las posibilidades de que esto ocurra son muy bajas.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Entiendo que debo buscar atención médica inmediata si presento alguno de estos síntomas de Guillain-Barré luego de recibir la vacuna del COVID-19 de Janssen:

- Debilidad o sensación de hormigueo, especialmente en las piernas o brazos, que esté empeorando o expandiéndose a otras partes del cuerpo.
- Dificultad para caminar.
- Dificultad para mover la cara, incluyendo hablar, masticar o tragar.
- Visión doble o incapacidad de mover los ojos.
- Dificultad para controlar la vejiga o la función intestinal.

\_\_\_ Entiendo que los efectos secundarios mencionados arriba podrían no incluir todos los efectos secundarios de la vacuna del COVID-19.

\_\_\_ Entiendo que la vacuna aún está bajo investigación en ensayos clínicos.

\_\_\_ Entiendo que no se pueden predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados a la vacuna.

\_\_\_ Entiendo que en este momento no se conocen efectos secundarios a largo plazo ni complicaciones futuras de esta vacuna.

\_\_\_ Reconozco que recibí una copia, vi o me explicaron la Hoja informativa de autorización de uso de emergencia de la vacuna que me van a administrar e información sobre la enfermedad.

\_\_\_ Reconozco que tuve la oportunidad de hacer preguntas y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna conocidos actualmente.

\_\_\_ Reconozco que tuve la oportunidad de negarme a la administración esta vacuna.

\_\_\_ Reconozco y entiendo que, a menos que pida lo contrario, se dará al Registro de vacunación del estado el registro de mi vacunación para fines de seguimiento, retirada y registro de vacunación.

\_\_\_ Certifico que (a) tengo al menos 18 años o (b) actúo a petición del paciente.

\_\_\_ Confirmo que la persona vacunada no ha recibido una vacuna del COVID de otro fabricante que pudiera hacer que la recepción de una **vacuna del COVID-19 de Janssen (Johnson & Johnson)** hoy sea incompatible con las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

\_\_\_ Por la presente doy mi consentimiento para la administración de la vacuna del COVID-19 de **Janssen (Johnson & Johnson)**.

Al escribir mis iniciales y firmar este formulario de consentimiento informado de la vacuna del COVID-19, acepto recibir esta vacuna del COVID-19.

Nombre en letra de molde de la persona que da el consentimiento para vacunar.	Consentimiento/firma del paciente	Fecha del consentimiento
---	-----------------------------------	--------------------------

**Entregue este formulario antes de que salga del evento.**

**Vaccination and Records Staff Use Only**

Manufacturer: Janssen (Johnson & Johnson)	Anatomical Site: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid
Lot Number:	Date of vaccine: <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> Dose <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> Dose <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> Dose
Expiration Date:	Vaccinator's Name: