

**Registro de la vacuna del COVID-19 del Departamento de Salud del Condado de Wood
y consentimiento para la vacuna PFIZER**

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sé
Si el beneficiario es menor de 18 años, debe estar presente el padre/madre o tutor.		
¿Se considera hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé/Prefiero no decir		
¿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 otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sé/Prefiero no decir	
Dirección:		
Ciudad, estado y código postal:		
Teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
Si ocurre una emergencia hoy, ¿con quién debemos comunicarnos?		
Nombre:	Teléfono:	
Enumere los nombres y las fechas de todas las vacunas del COVID previas:		
1.ª dosis: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson	Fecha:	2.ª 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: 5-11 12-39 40-49 50-59 60-64 65-69 70-74 75-79 80 años o mayor

Lugar de residencia u ocupación

- Centro de vivienda con asistencia: residente o personal
 Personal de cuidado infantil
 Centro de atención conjunta: residente o personal
 Servicios médicos de emergencia (EMT/paramédicos)
 Personal de servicios funerarios
 Personal de atención médica
 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
 Departamento de Rehabilitación y Corrección LTC: residente o personal
 Servicios de Salud Mental y Adicciones (MHAS): residente o personal
 Casa para Veteranos: residente o personal

Condición médica

- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
 Receptores de trasplantes de médula ósea
 Cáncer
 Enfermedades de los riñones 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
 Enfermedades cardíacas
 Obesidad
 Embarazo

Preguntas de evaluación

¿Está enfermo hoy (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 de sangrado o toma anticoagulante?	<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: ponga sus iniciales en cada línea.

Si la persona que se va a vacunar es menor de 17 años, firmando abajo usted acepta que tiene autorización para dar su consentimiento para la vacunación del paciente.

___ Hoy vengo por la vacuna de **Pfizer** para:

___ Una primera o segunda dosis de la serie original de la vacuna (Acepto recibir oportunamente la primera y la segunda dosis).

___ Una tercera dosis para las personas que se determina que tienen ciertos tipos de inmunodepresión.

___ 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 nódulos linfáticos o malestar general.

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

___ Entiendo que algunas personas que recibieron la vacuna presentaron miocarditis (inflamación del músculo del corazón) o pericarditis (inflamación de la membrana que rodea al corazón).

___ 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 o complicaciones futuras de esta vacuna.

___ Reconozco que me dieron una copia, vi o me explicaron la Hoja informativa de autorización de uso de emergencia de la vacuna que me van a administrar y la información sobre la enfermedad.

___ Reconozco que tuve la oportunidad de hacer preguntas y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna que actualmente se conocen.

___ Reconozco que tuve la oportunidad de negarme a que me administraran esta vacuna.

___ Reconozco y entiendo que, a menos que yo pida otra cosa, se dará al Registro de Inmunizaciones del estado el registro de mi vacunación para fines de seguimiento, retiro y registro de vacunación.

___ Confirmando que la persona que se va a vacunar tiene la edad suficiente en el momento de la vacunación según lo aprobado o autorizado.

___ Confirmando que la persona que se va a vacunar no ha recibido una vacuna del COVID de otro fabricante que pudiera hacer que la recepción de una vacuna del COVID-19 de **Pfizer** hoy sea incompatible con las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

___ Certifico que (a) tengo al menos 18 años, (b) soy el padre/madre o tutor del paciente menor de edad o (c) actúo a petición del paciente.

___ Por la presente doy mi consentimiento para la administración de una vacuna del COVID-19 **Pfizer**.

Nombre en letra de molde de la persona que da el consentimiento para vacunar. (Si es menor de 18 años, escriba en letra de molde el nombre y la fecha de nacimiento del padre/madre o tutor).	Consentimiento/firma del paciente (padre/madre o tutor)	Fecha del consentimiento
FECHA DE NACIMIENTO: / /		

Entregue este formulario antes de salir del evento.

Solamente para uso del personal de vacunación y registro

Fabricante: <input type="checkbox"/> Pfizer	Lugar anatómico: <input type="checkbox"/> Deltoides izquierdo <input type="checkbox"/> Deltoides derecho	<input type="checkbox"/> 1.ª dosis <input type="checkbox"/> 2.ª dosis <input type="checkbox"/> 3.ª dosis
Número de lote:	Fecha de la vacuna:	
Fecha de vencimiento:	Nombre de quien vacuna:	