

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

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
<b>El beneficiario debe tener al menos 18 años para recibir la vacuna.</b>		
¿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:** 18-39  40-49  50-59  60-64  65-69  70-74  75-79  mayores de 80 
**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 de enfermería especializada (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
- Hogar para veteranos: residente  o personal

**Condición médica**

- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- Receptores de trasplantes de médula ósea
- Cáncer
- Enfermedad crónica de los riñones
- 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 |                             |  |

**Voltee la hoja. >>>**

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

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

### Consentimiento informado para vacunar

ponga sus iniciales en cada línea.

Poniendo mis iniciales y firmando abajo usted acepta que tiene autorización para dar su consentimiento para la vacunación del paciente.

\_\_\_ Hoy vengo por la vacuna de **Moderna** 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 con 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 anafilaxis (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.

\_\_\_ Confirmo que la persona que se va a vacunar tiene 18 años o más en el momento de la vacunación.

\_\_\_ Confirmo 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 **Moderna** 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, o (b) actúo a petición del paciente.

\_\_\_ Por la presente doy mi consentimiento para la administración de una vacuna del COVID-19 **Moderna**.

Nombre en letra de molde de la persona que da el consentimiento para vacunar.	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"/> Moderna	Lugar anatómico: <input type="checkbox"/> Deltoides izquierdo <input type="checkbox"/> Deltoides derecho	
Número de lote:	Fecha de la vacuna:	<input type="checkbox"/> 1.ª dosis <input type="checkbox"/> 2.ª dosis <input type="checkbox"/> 3.ª dosis
Fecha de vencimiento:	Nombre de quien vacuna:	