

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN

Vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (también conocido como COVID-19) es una enfermedad infecciosa que apareció a finales de 2019. La vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 es una vacuna no aprobada que puede prevenir el COVID-19. No hay una vacuna aprobada por la FDA para prevenir el COVID-19 en este momento.

Solicito que se me aplique la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 a mi o a la persona nombrada a continuación para quien estoy autorizado/a hacer esta solicitud (seleccione una):

USTED MISMO PERSONA NOMBRADA A CONTINUACIÓN

Información del receptor:

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nac. _____ Género _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

No. de Telefono: _____

Origen Etnico: Hispano/a _____ No Hispano/a _____

Raza: Blanco/a _____ Afro Americano/a _____ Indio Americano/a _____ Otra Raza _____

Padre/Madre o Tutor Legal (firma) _____

Telefono de Padre/Madre o Tutor Legal _____

RECONOCIMIENTOS (Padre/Madre o Tutor Legal-colocar sus iniciales en cada declaración):

_____ Antes de la vacunación, se me entregó una copia de la *Hoja informativa para receptores y guardianes de la FDA* relativa a la autorización de uso de emergencia (EUA) para la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 y se me indicó consultar el sitio web de vacunación contra el COVID-19 de la FDA en: [Vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 | cvdvaccine.com](#).

_____ La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19, la cual no es una vacuna aprobada por la FDA.

_____ El receptor o su guardian tiene la opción de aceptar o rechazar la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19.

_____ Los riesgos y los beneficios significativos conocidos y potenciales de la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19, y el grado en que dichos riesgos y beneficios se desconocen, me han sido informados. Se me ha divulgado información sobre las vacunas alternativas disponibles y los riesgos y beneficios de esas alternativas, en la medida en que son razonablemente conocidos.

_____ La vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 se administra por vía intramuscular como una serie de dos dosis (de 0.3 ml cada una) con 3 semanas de diferencia. Los receptores deben recibir ambas dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 para completar la vacunación.

_____ El receptor tiene 12 años de edad o más.

_____ Las personas inmunodeprimidas, incluidas las personas que reciben terapia de inmunosupresores, pueden tener una respuesta inmunitaria disminuida a la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19.

_____ La vacuna podría no proteger a todos los receptores vacunados.

_____ La vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech incluye los siguientes ingredientes: MRNA, lípidos ((4-hidroxi-butil) azanediil) bis (hexano-6, 1 diil) bis (2-hexildecanoato), 2 [[(polietilenglicol)-2000]-N, N-ditetradecilacetamida, 1,2-diestearoil-3-fosfolina y colesterol), cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, cloruro sódico, dihidrato dibásico de fosfato sódico y sacarosa.

_____ He leído o me han explicado la información identificada en la Hoja informativa para receptores y guardianes de la FDA en relación con la vacuna de Pfizer-BioNTech contra el COVID-19. He tenido la oportunidad de conversar sobre los beneficios y riesgos de esta vacuna contra el COVID-19 con un proveedor de atención médica de mi elección antes de la vacunación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción.

_____ Considero que entiendo los beneficios y riesgos de esta vacuna y solicito que se me aplique esta vacuna a mí o a la persona designada para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

PREGUNTAS DE EXAMEN MÉDICO: Marque sí o no en cada pregunta que se indica a continuación. Informe a su proveedor de la vacuna acerca de todas sus condiciones médicas, incluido si responde "sí" a cualquier pregunta. Con la excepción de las últimas dos (2) preguntas, una respuesta "afirmativa" a cualquier otra pregunta significa que es posible que desee consultar con su proveedor de atención médica personal antes de continuar. Responder "sí" a cualquiera de las últimas dos (2) preguntas significa que usted no debe ser vacunado hoy.

Pregunta	Sí	No
¿ Tiene alguna alergia?		
¿ Tiene fiebre?		
¿ Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?		
¿ Está usted inmunodeprimido o está tomando un medicamento que afecta su sistema inmunitario?		
¿ Está embarazada o tiene planes de embarazo?		
¿ Está amamantando?		
¿ Ha recibido otra vacuna contra el COVID-19?		
¿ Ha tenido una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna?		
¿ Ha tenido una reacción alérgica grave a algún ingrediente de esta vacuna?		

Firma del receptor/a o de la persona autorizada (Padre/Madre o Tutor Legal) Fecha

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO: SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO Edición VIS proporcionada: _____

Vacuna: COVID-19 Vaccine Fecha de aplicación: _____

Fabricante: Pfizer-BioNTech N. ° de lote: _____

Fecha de Venc: _____ Via: Intramuscular – (IM)

Sitio: Right Left Volumen (ml): 0.3mL

Firma del enfermero/proveedor Fecha