



COVID-19 Formulario de Consentimiento

4180 Broadway (Esquina 177) New York, NY 10033

Tel: 212-923-5733

Web: stjesuspharmacy.com

Email: stjesuspharmacy@hotmail.com

Apellido		Primer Nombre			
Fecha De Nacimiento/Edad	Sexo	Estado civil	Estado Civil Opciones: S – Soltera D – Divorciado/a M – Casado/a W – Viudo/a SEPARADO - Separado legalmente		
Dirección		Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Correo Electrónico		Teléfono	Alergias		
Etnicidad	Etnicidad opciones: DECL – Declinar HIS – Hispano/a NHL – No Hispano/a UNK - Desconocido	Raza	Raza opciones: AIA – Nativo americano/a o de Alaska ASN – Asiático/a BAA – Afroamericano/a o negro DECL – Declinar NHP – Nativo hawaiano o isleño del Pacífico WHT – Blanco OTH – Otros o Multiracial		
Padre / tutor / sustituto (si corresponde)		Nombre del Médico de Atención Primaria y Teléfono			

Las siguientes preguntas nos ayudará a determinar su elegibilidad para recibir la vacuna del Covid-19					
1.	¿Te sientes enfermo/a hoy?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
2.	En los últimos 10 días, ¿se ha realizado una prueba de COVID-19 porque tenía síntomas y todavía está esperando los resultados de la prueba o un proveedor de atención médica o el departamento de salud le ha dicho que se aisle o ponga en cuarentena en su casa debido a una infección o exposición a COVID-19?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
3.	¿Ha sido tratado con terapia de anticuerpos o plasma convaleciente para COVID-19 en los últimos 90 días (3 meses)? <i>En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última dosis? Fecha:</i>	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
4.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata (por ejemplo, urticaria, hinchazón facial, dificultad para respirar, anafilaxia) a alguna vacuna o inyección o a cualquier componente de la vacuna COVID-19, o una reacción alérgica grave (anafilaxia) a cualquier cosa?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
5.	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 28 días (4 semanas), incluida la vacuna contra la gripe? Si es así, ¿hace cuánto tiempo fue su vacuna más reciente?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
6.	¿Está embarazada o está pensando en quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
7.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, antecedentes de enfermedad autoinmune o cualquier otra condición que debilite el sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
8.	¿Toma algún medicamento que afecte su sistema inmunológico, como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
9.	¿Tiene un trastorno hemorrágico, antecedentes de coágulos de sangre o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
10.	¿Tiene antecedentes de miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación del revestimiento alrededor del corazón)?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

11.*	¿Tiene 18 años o más y ha recibido 2 dosis de la vacuna Pfizer, siendo la segunda dosis hace al menos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Fecha de la segunda dosis: _____ (si es aplicable)
12.*	¿Ha recibido 2 dosis de la vacuna Moderna, siendo la segunda dosis hace al menos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Fecha de la segunda dosis: _____ (si es aplicable)
13.*	¿Ha recibido una dosis anterior de la vacuna Janssen, hace al menos 2 meses?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Fecha de la primera dosis: _____ (si es aplicable)
14.*	Si recibió una dosis anterior de Janssen (Johnson & Johnson), ¿desarrolló trombosis con síndrome de trombocitopenia (STT)?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> No sé
15. ¹	¿Ha recibido una dosis anterior de una vacuna COVID-19 no autorizada o aprobada por la FDA autorizada por la OMS ¹ pero no por la FDA (AstraZeneca - VAXZEVRIA, Sinovac - CORONAVAC, Instituto del Suero de la India - COVISHIELD, Sinopharm/BIBP, COVAXIN)?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> No sé

Las preguntas n.° 11 a 15 se refieren a la elegibilidad de la dosis de refuerzo.

November 2021

¹ Como se establece en las Instrucciones de uso de emergencia de la CDC, una vacuna COVID-19 no autorizada o aprobada por la FDA, como las vacunas, "enumeradas para uso de emergencia por la Organización Mundial de la Salud, o está incluida en las Instrucciones técnicas de los CDC para implementar la Proclamación Presidencial Avanzando la Segura Reanudación de viajes por todo el mundo durante la pandemia COVID-19 y la orden de la CDC, o que no sea parte de un placebo de un ensayo clínico dentro o fuera de los Estados Unidos que sea una vacuna COVID-19 de la OMS-EUL o una vacuna que no esté listada para uso de emergencia por parte de la OMS, pero para el cual una junta de monitoreo de seguridad y datos de EE. UU. o equivalente ha confirmado de forma independiente la eficacia en los Estados Unidos (en adelante, "vacunas COVID-19 no autorizadas o aprobadas por la FDA").

Autorización de uso de emergencia

La FDA ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias para justificar el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no se ha sometido al mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible se basa en la totalidad de la evidencia científica disponible, que muestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales. Tenga en cuenta: la FDA aprobó la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 como una serie de dos dosis en personas de 16 años o más. La vacuna sigue estando disponible bajo un EUA para ciertas poblaciones, incluso para aquellas personas de 5 a 15 años de edad y para la administración de una tercera dosis en las poblaciones establecidas en la sección de consentimiento a continuación.

Instrucciones de uso de emergencia

Las Instrucciones de uso de emergencia (EUI) son emitidas por los CDC para proporcionar información sobre el uso de emergencia de productos médicos aprobados por la FDA que pueden no estar incluidos o difieren de alguna manera de la información proporcionada en el etiquetado aprobado por la FDA (prospecto). La vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una vacuna COVID-19 aprobada por la FDA (nombre comercial Comirnaty, mRNA) para prevenir COVID-19 en personas de 16 años de edad o mayores. La CDC están emitiendo EUI para proporcionar información sobre el uso de esta vacuna como una dosis primaria adicional en ciertas personas inmunodeprimidas (12 años de edad y mayores) y una dosis de refuerzo en ciertos adultos (18 años de edad y mayores) que recibieron ciertas vacunas para COVID-19 no autorizadas o aprobadas (por ejemplo, ciertas vacunas disponibles fuera de los Estados Unidos o por participación en ensayos clínicos).

Consentimiento

He leído, o me han explicado, la hoja de información sobre la vacuna COVID-19. Entiendo que si mi vacuna requiere dos dosis, necesitaré que me administren (me den) dos dosis para que se considere que estoy completamente vacunado. Además, entiendo que se me puede recomendar una dosis de refuerzo de la vacuna COVID-19 al menos 2 meses después de la primera dosis de la vacuna Janssen o al menos 6 meses después de la segunda dosis de la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna COVID-19 si tengo 18 años. años o más para aumentar mi protección.

Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción (y me aseguré de que la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a proporcionar el consentimiento sustituto también tuviera la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna como se describe.

Solicito que se me administre la vacuna COVID-19 (o la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud y proporcionar un consentimiento sustituto). Entiendo que esta vacuna no me costará nada. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por administrar la vacuna se asignará y transferirá al proveedor de la vacuna, incluidos los beneficios/dinero de mi plan de salud, Medicare u otros terceros que sean financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluyendo, pero no limitados a registros médicos, copias de reclamaciones y facturas detalladas) para verificar el pago y según sea necesario para otros fines de salud pública, incluido el informe a los registros de vacunas correspondientes.

Firma del Paciente _____ Fecha y Hora _____ Imprimir nombre _____ Relación con el paciente, si no es el Paciente _____

Area Below to be Completed by Vaccinator					
Which vaccine is the patient receiving today?					
Vaccine Name	Administration		Booster	EUA Fact Sheet Date	Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	<input type="checkbox"/>		
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	<input type="checkbox"/>		
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	<input type="checkbox"/>		
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose		<input type="checkbox"/>		

Administration Site Left Deltoid (IM) Right Deltoid (IM)
 Dosage 0.5 ml 0.25 ml 0.5 ml 0.25 ml

I have reviewed side effects with patient (and parent, guardian or surrogate, as applicable)

I confirm that the patient (and their surrogate, if applicable) was give an opportunity to ask questions about the vaccination and all the questions by them (and/or their surrogate) have been answered correctly and to the best of my ability

Vaccinator Signature _____

Vaccinator Name and Credentials: _____