



CUESTIONARIO Y FORMULARIO DE REGISTRO PARA LA VACUNA DE COVID-19



FECHA:

VDH Client ID#

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|---|
| Apellido del cliente: | | Primer nombre: | Segundo nombre: | Fecha de nacimiento: ____/____/____ |
| Dirección: (No es un apartado de correos) | Calle: _____ | | | |
| | Ciudad: _____ | | Estado: _____ | Código Postal: _____ |
| Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Raza: | <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> No se indica | | Hispano/a Latino/a: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Si es menor, nombre del padre/tutor: | | | Fecha de nacimiento del padre/tutor: | |
| Número de teléfono de casa: | Número de teléfono celular: | | Dirección de correo electrónico: | |

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de información o recordatorios de la vacunación en Texto Correo electrónico
Tipo de seguro: Seguro privado Medicaid/Asistencia médica Medicare Sin seguro

Por la presente autorizo la administración de la vacuna COVID-19 a mí mismo o a la persona nombrada a continuación para quien soy el representante legal. He leído o me han explicado la Declaración de Información sobre la vacuna 2020-21 o la hoja de Autorización de uso de Emergencia de la vacuna COVID-19 y comprenda los riesgos y beneficios. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta inmunización. Creo que los beneficios superan los riesgos, y acepto toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar de la recepción de la inmunización o la recepción de la inmunización por parte de la persona nombrada a continuación para quien soy el representante legal. Acepto que el registro de inmunización puede ser compartido como se indica en el Aviso de las Prácticas de Privacidad, que incluye compartir con los proveedores de atención médica y para apoyar la solicitud de pago por Medicare, Medicaid y otros pagadores. Solicito al pagador que pague cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre. El Aviso de Consentimiento Aprobado para enfermedades transmitidas por la sangre me ha sido explicado y lo entiendo.

AVISO DE CONSENTIMIENTO APROBADO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

VDH tiene la obligación según § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), según lo enmendado, de darle el siguiente aviso: 1. Si cualquier empleado, trabajador o profesional de asistencia médica de VDH se expondría directamente a su sangre o a fluidos corporales de una manera que pudiera transmitir enfermedades, su sangre será examinada para detectar si existe infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria le dirá el resultado de la prueba. Según el Código de Virginia § 32.1-45.1(A), se considera que usted ha dado consentimiento a la divulgación de los resultados de la prueba a la persona expuesta 2. Si usted sería expuesto directamente a sangre o a fluidos corporales de un empleado, trabajador o profesional de asistencia médica de VDH de una manera que pudiera transmitir enfermedades, la sangre de esa persona será examinada para detectar si existe infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria le dirá a usted y a esa persona el resultado de la prueba.

RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido el Notificación de las Practicas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

X

Paciente, Padre/tutor legal o Persona que Actúa en Loco Parentis - Nombre en letra de molde Firma Fecha

*****POR FAVOR COMPLETAR EL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PREVACUNACIÓN POSTERIOR*****

| OFFICE USE ONLY- Check box to identify vaccine administered | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> COVID-19 Pfizer (0.3 mL) 12+ yo <small>(covid-19-pfr)</small> | <input type="checkbox"/> COVID-19 Moderna (0.5 mL) 18+ yo <small>(covid-19-mod)</small> | <input type="checkbox"/> COVID-19 Janssen (0.5 mL) 18+ yo <small>(covid-19-jan)</small> |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 Pfizer (0.2 mL) 5-11 yo <small>(covid-19-pfr-5-11)</small> | <input type="checkbox"/> COVID-19 Moderna (0.25 mL) Booster 18+ yo <small>(covid-19-mod-bst)</small> | |
| Lot # | Rte: IM Inj Site: <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA | Provider # |
| Provider Printed Name: | Signature: | Date: |

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre _____

Edad _____

| | Sí | No | No sabe |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se siente enfermo hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____ | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? | | | |
| <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? | | | |
| <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i> | | | |
| 5. Marque todo lo que corresponda: | | | |
| <input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años. | | | |
| <input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años. | | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis. | | | |
| <input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales. | | | |
| <input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente. | | | |
| <input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19. | | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej. por infección por el VIH, cáncer) o recibo medicamentos o terapias inmunodepresoras. | | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico. | | | |
| <input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (<i>blood thinner</i>). | | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT). | | | |
| <input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente. | | | |
| <input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>). | | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés) | | | |

Formulario revisado por _____

Fecha _____