

**Formulario de Evaluación y Consentimiento  
 para la vacuna contra el COVID-19**

**Sección 1: Información de la persona que recibe la vacuna** (escriba en letras de molde):

Nombre:	Fecha Nacimiento	Edad	Sexo	
			Hombre	Mujer
Dirección (casa):	Marque esta casilla si no tiene hogar			
Ciudad:	Estado:	Código:	¿Reside en una vivienda pública (housing)?	
Teléfono:			Sí	No
Grupo Étnico: (marque uno):	Hispano o Latino	No Hispano o Latino		
Raza: (marque uno):	Afro Americana	Nativo de Alaska	Asiática	Indio Americana
Blanca	Otra:			
Idioma Principal:	Email:			
Alergias (marque si aplica):	Polysorbate	Polyethylene glycol [PEG] (Moderna)		
<b>Otra Alergias:</b>				

**Sección 2: Evaluación para la vacuna contra el COVID-19**

**NO**      **SI**

- ¿Le han puesto alguna otra vacuna en los últimos 14 días?
- Para los que van a recibir la segunda dosis de la vacuna: ¿tuvo usted una reacción alérgica grave a la primera dosis de la vacuna contra el COVID-19?  
 ¿Cuál vacuna recibió? Moderna Pfizer Otra:
- ¿Ha estado expuesto recientemente al COVID-19, o ha experimentado algunos de los síntomas del COVID-19 (fiebre, tos, dolor de cabeza, etc.) en los últimos 14 días?
- ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia) a alguna vacuna, medicamento, u otra exposición?
- ¿Está embarazada o amamantando?
- ¿Está su sistema inmunocomprometido?
- ¿Tienes rellenos dérmicos?

**Sección 3: Consentimiento**

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:** He leído o me han explicado la hoja informativa de la Autorización de uso de emergencia de la vacuna contra el COVID-19 y entiendo los riesgos y beneficios de recibir esta vacuna. Entiendo que puedo experimentar síntomas como dolor de cabeza, dolores corporales, malestar general y posible fiebre. Esto no indica una infección por COVID -19 o una reacción adversa a la vacuna, sino la respuesta inmunológica de mi cuerpo a la vacuna.

**DOY MI CONSENTIMIENTO o tengo la autoridad legal para dar consentimiento en nombre de dicho individuo** para recibir la vacuna contra el COVID-19 y entiendo que necesito recibir dos dosis de la vacuna (21 o 28 días aparte). También entiendo que esta vacuna se administra bajo una Autorización de uso de emergencia y que no ha recibido la aprobación completa de la FDA. Notificaré a mi médico si tengo una reacción grave. Doy permiso para que se facture a mi compañía de seguros por los costos de administración.

\_\_\_\_\_  
 Firma de la persona que recibe la vacuna o Padre/tutor autorizado

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\*NOTA: De acuerdo con la ley 105 CMR 220.100, todas las vacunas reportan al Sistema de Información de Inmunización de Massachusetts (MIS).

**Sección 4: Información del Seguro médico**

Seguro ID/Grupo #:	Compañía de seguro:
RX BIN:	
Medicare Part B (si aplica):	
Nombre del asegurado:	Relación con la persona:

**Section 5: Vaccine Administration Documentation**

Manufacturer:	Lot#:	Expiration Date:
Administration Date:	Site: R Deltoid L Deltoid	Dose: 1 <sup>st</sup> Dose 2 <sup>nd</sup> Dose (Moderna)
Administering Clinician:	Reaction Noted: YES NO	Next Appointment:

# Formulario de autorización de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech para personas menores de 18 años



## Sección 1: Información sobre el menor que recibirá la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech *(por favor escriba en imprenta):*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del menor  
(apellido, nombre, inicial del 2.º nombre)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento  
(mm/dd/aaaa)*

\_\_\_\_\_  
*Edad*

\_\_\_\_\_  
*Dirección:*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad*

\_\_\_\_\_  
*Estado*

\_\_\_\_\_  
*Código postal*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono*

## Sección 2: Información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech

La vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech puede evitar que la persona vacunada contraiga COVID-19. No hay ninguna vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para prevenir COVID-19. No obstante, la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech para prevenir COVID-19 en personas de 16 años de edad y mayores según la Autorización de Uso de Emergencia (EUA). La vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech se administra en una serie de 2 dosis, con un intervalo de 3 semanas, en el músculo.

Es posible que la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech no proteja a todas las personas. Los efectos secundarios que se han notificado con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech incluyen dolor en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor articular, fiebre, hinchazón en el lugar de la inyección, enrojecimiento en el lugar de la inyección, náuseas, no sentirse bien e inflamación de los ganglios linfáticos. Existe una posibilidad remota de que la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech pudiera causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave ocurriría habitualmente dentro de unos minutos a una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech. Por esta razón, un proveedor de la vacuna puede pedirle a la persona

# Formulario de autorización de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech para personas menores de 18 años



que se vacuna que se quede en el lugar donde se vacunó para observación después de vacunarse. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, latidos cardíacos rápidos y/o un sarpullido significativo por todo el cuerpo.

La "Hoja informativa para receptores y proveedores de cuidado" de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech está disponible en <https://www.fda.gov/media/144625/download>.

## Sección 3: Autorización

**AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN DE UN MENOR:** He revisado la información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra COVID-19 Pfizer-BioNtech en la **Sección 2** indicada anteriormente y comprendo dichos riesgos y beneficios. Al dar mi autorización a continuación, reconozco que:

1. He leído este formulario de autorización y comprendo que la "Hoja informativa para receptores y proveedores de cuidado" incluye más información detallada acerca de los posibles riesgos y beneficios de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech.
2. Tengo la autoridad legal para autorizar a que se vacune al menor nombrado anteriormente con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech.
3. Entiendo que no es obligatorio que acompañe al menor nombrado anteriormente y que, al dar mi autorización a continuación, el menor recibirá la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech esté yo presente o no en la cita de la vacunación.
4. Si tengo seguro de salud que cubre al menor mencionado anteriormente, doy permiso para que se facture a mi compañía de seguros por los costos de administración de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech. El gobierno está pagando por la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech solamente, y no se me facturará por esa parte del costo de mi vacunación.
5. Entiendo que según lo estipulado por las leyes estatales, todas las vacunaciones serán notificadas al Sistema de Información sobre Inmunizaciones de Massachusetts (MIIS) del Departamento de Salud Pública. Puedo acceder a la Hoja informativa de MIIS para padres y pacientes, en [www.mass.gov/dph/miis](http://www.mass.gov/dph/miis), para obtener información sobre el MIIS y sobre qué debo hacer si me niego a que se comparta mi información o la de mi familia con otros proveedores en el MIIS.

**DOY MI AUTORIZACIÓN** para que se vacune al menor nombrado al inicio de este formulario con la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNtech y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en la **Sección 3** de este formulario. (No se vacunará al menor si esta autorización es presentada sin firma ni fecha).

*Firma del representante legalmente autorizado*

*Fecha*