

**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)? Sí No

Teléfono: \_\_\_\_\_

Grupo Étnico: (marque uno): **Hispano o Latino** **No Hispano o Latino**

Raza: (marque uno): Afro Americana Nativo de Alaska Asiática Indio Americana Otra:

Blanca Idioma Principal: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Alergias (marque si aplica): *Polysorbate* *Polyethylene glycol [PEG] (Moderna)*

**Otra Alergias:**

**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: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO PARA VACUNAR A UN MENOR

YO confirmo que:

1. Tengo la autoridad legal para dar consentimiento para que al menor \_\_\_\_\_ le sea administrada la vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19.
2. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al menor mencionado arriba a su cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el menor recibirá la vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 esté yo o no presente en dicha cita.
3. Si no acompaño al menor antes mencionado a su cita de vacunación, yo completaré el formulario de evaluación previa a la vacunación disponible en: <https://glfhc.org/covid-19-vaccine-signup-form/>
4. Si tengo seguro médico que cubre al menor antes mencionado, doy permiso para que se facture a mi compañía de seguros por los costos de administración de la vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19. El gobierno está pagando por la vacuna Pfizer-BioNTech en sí y no se cobrará esa parte del costo de la vacuna.
5. Entiendo que, según lo exige la ley estatal, todas las vacunas se reportan al Sistema de Información de Inmunizaciones de Massachusetts (MIIS por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud Pública. Para obtener información sobre el MIIS y qué hacer si me opongo a que mis datos o los de mi familia se compartan con otros proveedores en el MIIS, puedo acceder a la Hoja de datos del MIIS para padres y pacientes en [www.mass.gov/dph/miis](http://www.mass.gov/dph/miis).

DOY MI CONSENTIMIENTO para que el menor nombrado en la parte superior de este formulario se le ponga la vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19. Yo he revisado y estoy de acuerdo con la información anterior (si este consentimiento no está firmado, fechado y devuelto, el menor no será vacunado.)

---

Firma del Representante Legalmente Autorizado

---

Fecha