



PFIZER     MODERNA     JANSSEN

**FORMULARIO DE DESPISTAJE Y CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA DEL COVID-19**

ID de la Instalación/ Nombre de la Instalación Administradora: Small World Pediatrics

**SECCIÓN 1: INFORMACION SOBRE EL PACIENTE (EN LETRA IMPRENTA) EMAIL: EMAIL NO ES REQUERIDO**

<b>Nombre:</b> Apellido: _____			Primer nombre: _____			Inicial del Segundo: _____		
<b>Fecha de Nacimiento:</b> Mes    Día    Año			<b>Número de Teléfono Móvil (Paciente o Tutor):</b> (    ) _____					
<b>Dirección:</b> _____						<b>Apto/Hab. #:</b> _____		
<b>Ciudad:</b> _____			<b>Estado:</b> _____			<b>Código Postal:</b> _____		
<b>Nombre del Tutor Legal:</b> Apellido: _____			Primer Nombre: _____			Inicial del Segundo: _____		
<b>Sexo</b> (Género asignado al nacer)		<b>Raza</b>				<b>Etnicidad</b>		
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro		<input type="checkbox"/> Otro Asiático		<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Otro No Blanco		<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
		<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Desconocido
<b>ID. de la Compañía de Seguros Primaria #:</b> _____			<b>Grp. #:</b> _____			<b>Compañía de Seguros:</b> _____		
<b>Compañía de Seguros:</b> _____			<b>Teléfono de la Compañía de Seguros #:</b> _____			<b>Nombre del Asegurado:</b> _____		
<b>Nombre del Asegurado:</b> _____			<b>Parentesco:</b> _____			<b>Fecha de Nac. del Asegurado:</b> _____		
<b>ID. De la Compañía de Seguros Secundaria #:</b> _____			<b>Grp. #:</b> _____			<b>Compañía de Seguros:</b> _____		
<b>Compañía de Seguros:</b> _____			<b>Teléfono de la Compañía de Seguros #:</b> _____			<b>Nombre del Asegurado:</b> _____		
<b>Nombre del Asegurado:</b> _____			<b>Parentesco:</b> _____			<b>Fecha de Nac. del Asegurado:</b> _____		

**\* ¿Designación del número de dosis de la vacuna para el COVID-19?  Primera Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis/Dosis de Refuerzo\***

**SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE EL COVID-19**

Marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Tiene hoy o ha tenido en algún momento de los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida nueva del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos o diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha dado positivo y/o le han diagnosticado una infección por COVID-19 en los últimos 10 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, ha necesitado epinefrina o atención hospitalaria) a una dosis anterior de esta vacuna o a alguno de sus ingredientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha recibido alguna terapia con anticuerpos contra COVID-19 en los últimos 90 días (por ejemplo, Regeneron, COVID Convalescent Plasma, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN 3: GUÍA DE SELECCIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN CON LA VACUNA PARA EL COVID-19**

Marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
5. ¿Lleva usted consigo un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En el caso de las mujeres, ¿está usted embarazada o existe la posibilidad de quedarse embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En el caso de las mujeres, ¿está amamantando actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Está usted inmunodeprimido o toma algún medicamento que afecte a su sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante/medicamento anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Es usted una mujer de 18 a 49 años que recibe la vacuna contra el COVID-19 de Janssen (Johnson and Johnson)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*11. Si es menor de 18 años, ¿sabe usted y/o su tutor que sólo puede recibir la vacuna de Pfizer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*12. ¿Ha recibido una dosis previa de alguna vacuna contra el COVID-19? En caso afirmativo, ¿de qué fabricante recibió la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*13. Si esta es su <u>tercera dosis o dosis de refuerzo</u> de una vacuna contra el COVID-19 de ARNm (Pfizer-BioNTech o Moderna) o su segunda dosis (refuerzo) de la vacuna contra el COVID-19 de Janssen (Johnson and Johnson) y cumple con uno o más de los siguientes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Inmunocomprometido de forma moderada a grave (por ejemplo, receptor de un trasplante de órgano sólido, medicación inmunosupresora, tratamiento activo contra el cáncer, etc.), tiene al menos 5 años de edad (sólo con la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech) y han pasado al menos 28 días desde la finalización de la serie primaria de la vacuna COVID-19 de ARNm.		
2) Han pasado al menos 5 meses desde la finalización de la serie primaria de la vacuna contra el COVID-19 de ARNm y tiene 12 años o más.		

\* 3) Han pasado al menos 2 meses desde la dosis inicial de su vacuna contra el COVID-19 de Janssen (Johnson and Johnson) y tiene 18 años o más.

- Certifico que soy: (a) el paciente y con 18 años de edad como mínimo; (b) el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 5 años de edad (sólo para el consentimiento de la vacuna de Pfizer); o (c) legalmente autorizado para consentir la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento al Departamento de Salud de Florida (DOH) o a sus agentes para administrar la vacuna COVID-19.
- Actualmente, Pfizer es el único producto de la vacuna contra el COVID-19 que ha sido totalmente aprobado y autorizado por la FDA. Esta aprobación y licencia de la FDA es para su uso en individuos de 16 años de edad o más.
- Entiendo que este producto (aparte de Pfizer para el uso en las edades mencionadas anteriormente solamente) no ha sido aprobado o autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado para el uso de emergencia por la FDA, en virtud de una EUA para prevenir la Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19) para el uso en individuos de 5 a 15 años de edad (sólo Pfizer) o de 18 años de edad y mayores (Moderna y Johnson and Johnson) ; y el uso de emergencia de este producto sólo se autoriza mientras dure la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización del uso de emergencia del producto médico en virtud de la Sección 564(b)(1) de la Ley FD&C, a menos que la declaración se termine o la autorización se revoque antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados con la recepción de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna mencionada y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia sobre la vacuna contra el COVID-19 que he elegido recibir. También declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.
- Entiendo que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más en casos específicos) después de la administración para su observación. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o acudiré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad al Estado de Florida, al Departamento de Salud de Florida (DOH), a la División de Administración de Emergencias de Florida (FDEM) y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, conocida o desconocida, que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionada con la administración de la vacuna mencionada anteriormente.
- Declaro que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de Florida SHOTS, el registro de inmunización de Florida y (b) el DOH incluirá mi información personal de inmunización en Florida SHOTS y mi información personal de inmunización será compartida con los Centros de Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al DOH, al FDEM o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin pago de cobertura complementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al DOH, al FDEM o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago por el cual soy financieramente responsable se debe realizar en el momento del servicio o si el DOH me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.
- Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del DOH.

Firma del Paciente o Representante Autorizado \* \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Escriba en letra de molde el Nombre del Representante y su Parentesco con la Persona que Recibe la Vacuna: \* \_\_\_\_\_

Centro (LD/RD)	Rota	Fabricante (MVX)	Lote # Unidad de Uso/ Unidad de Venta	Fecha de Vencimiento	Fecha de la Hoja Informativa de la EUA
Left Right Arm	IM	PFIZER			

<b>Administrado en el lugar: nombre/ID de la instalación</b>	Small World Pediatrics
<b>Administrado en el lugar: Tipo</b>	Medical Office
<b>Dirección de la Administración</b>	2527 Windguard Circle, Ste# 102, Wesley Chapel, FL 33544
<b>CVX (producto)</b>	208
<b>Organización remitente:</b>	Florida Department of Health

Nombre del Vacunador en Letra de Molde: Shaneka Phillips Cortney White Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Sufijo del proveedor que administra la vacuna: CCMA MA