VNA Health Care

Autorización y Cuestionario para la Vacuna contra el COVID-19 – Universal

Fecha	Temperatura del paciente	Peso del paciente

Información del paciente

Nombre (en letra de imprenta)			Padre/Tutor legal (escriba en letra de imprenta)
Fecha del nacimiento	Edad	Género	Idioma preferido
Dirección			Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono			Correo electrónico

Grupo étnico (circule una)

Hispano No Hispano o Latino Desconocido Prefiere no responder

Raza (circule una)

Indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo Hawaiano/otras islas del Pacífico

Negro o afroamericano Blanco Otra raza Prefiere no responder

Cuestionario de detección (circule uno)

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna COVID-19 hoy. **Sí responde "sí" a cualquier pregunta, no necesariamente significa que no deba vacunarse.** Solo significa que le pueden hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor del cuidado de la salud que se la explique.

1. ¿Se siente enfermo el día de hoy?	Sí	No	
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?	Sí	No	No sé
• En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ Otra: _____			
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: (Esto incluye una reacción alérgica grave [Ejemplo, Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que causo que fuera al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causó urticaria o ronchas, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo silbido en el pecho al respirar.)			
• Un componente de la vacuna COVID-19 que incluye cualquiera de los siguientes:			
• Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopía	Sí	No	No sé
• Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas con recubrimiento pelicular y esteroides intravenosos.	Sí	No	No sé
• Una dosis previa de la vacuna COVID-19	Sí	No	No sé

4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [Ejemplo, Anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que causo que fuera al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causó urticaria o ronchas, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo silbido en el pecho al respirar.)	Sí	No	No sé
5. ¿ Tiene usted una condición médica o está bajo tratamiento médico que le convierte en moderado a severamente inmunocomprometido?	Sí	No	No sé
De ser afirmativo, marque todas la que aplíquen:			
☐ Ha estado recibiendo tratamiento activo contra el cáncer o el VIH ☐ Recibió un trasplante de órganos y está tomando medicinas que suprimen su sistema inmunológico ☐ Recibió un trasplante de células madre en los últimos 2 años o está tomando medicamentos para inhibir el sistema inmunológico ☐ Inmunodeficiencia primaria moderada o severa (como el síndrome DiGeorge, síndrome Wiskott-Aldrich) ☐ Infección de VIH avanzada o sin tratar ☐ Tratamiento activo con alta dosis de corticoides u otras drogas (metotrexato, azatioprina, leflunomida, adalimumab, rituximab, tacrolimus, ciclosporina, micofenolato) que puede inhibir su respuesta inmunológica			
6. ¿Ha recibido usted un trasplante de células madre hematopoyéticas (HCT, por sus siglas en inglés) o una infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T) desde que se vacunó contra el COVID-19?	Sí	No	No sé
Preguntas del CDC adicionales para la detección Marque todas las que apliquen a usted:			
☐ Tiene historial de miocarditis o pericarditis ☐ Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) ☐ Antecedentes de un síndrome inmunomediado definido por trombosis y trombocitopenia, como la trombocitopenia inducida por heparina (HIT) ☐ Tiene antecedentes de trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS) ☐ Tiene un historial del Síndrome de Guillain-Barré (GBS por sus siglas en inglés) ☐ Tiene antecedentes de COVID-19 en los últimos 3 meses			

Información de la Serie Primaria de Vacunas

Por favor complete ésta sección si usted ya ha recibido una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 . La serie primaria de vacunas de Pfizer (5 años y más) y Moderna (18 años y más) se consideran como 2 (dos) dosis y Janssen (18 años y más) se considera como 1 (una) dosis. La vacuna de serie primaria para Pfizer (6 meses – 4) se considera 3 (tres) dosis y Moderna (6 meses – 5) se considera 2 (dos) dosis.

Por favor véa la información adicional en cuanto a personas inmunocomprometidas en la siguiente página.

Fecha de la 1ra dosis	____ / ____ / _____ ☐ Desconoce	Vacuna administrada: ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen ☐ Otro producto: _____
Fecha de la 2da dosis	____ / ____ / _____ ☐ Desconoce	Vacuna administrada: ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Otro producto: _____
Fecha de la 3ra dosis	____ / ____ / _____ ☐ Desconoce	Vacuna administrada: ☐ Pfizer ☐ Otro producto: _____

Información Adicional sobre la Serie Primaria para personas Inmunocomprometidas

Si usted es considerado inmunocomprometido, usted debe recibir una dosis adicional de la serie primaria de la vacuna contra el COVID19 Pfizer (5 años y más) o Moderna (18 años y más) 28 días despues de su series primarias.

Fecha de la dosis adicional	____ / ____ / _____ ☐ Desconoce	Vacuna administrada: ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Otro producto: _____

Información de la Vacuna de Refuerzo Bivalent Contra el COVID-19 Pfizer, Moderna y Janssen*

Si recibió la serie primaria: Pfizer-BioNTech (Comirnaty)	**Grupo de Edad:** 5 años y más	**Cuándo debe obtener la dosis de refuerzo:** Al menos 2 meses después de haber completado su serie de vacunación primaria contra el COVID-19 *Para personas inmunocomprometidas, al menos 2 meses despues de la dosis adicional de la serie primaria*	**Qué dosis de refuerzo puede recibir:** 5-11 años puede obtener un refuerzo de Pfizer Bivalent 6-11 años puede obtener un refuerzo Pfizer Bivalent o Moderna Bivalent **Qué dosis de refuerzo puede recibir:** 12 años y más pueden obtener un refuerzo Pfizer Bivalent o Moderna Bivalent
Si recibió la serie primaria: Moderna (Spikevax)	**Grupo de Edad:** 5 años y más	**Cuándo debe obtener la dosis de refuerzo:** Al menos 2 meses después de haber completado su serie de vacunación primaria contra el COVID-19 *Para personas inmunocomprometidas, al menos 2 meses despues de la dosis adicional de la serie primaria*	**Qué dosis de refuerzo puede recibir:** 5-11 años puede obtener un refuerzo de Pfizer Bivalent 6-11 años pueden obtener un refuerzo Pfizer Bivalent o Moderna Bivalent **Qué dosis de refuerzo puede recibir:** 12 años y más pueden obtener un refuerzo Pfizer Bivalent o Moderna Bivalent
Si recibió la serie primaria: Janssen (Johnson & Johnson)	**Grupo de Edad:** 18 años y más	**Cuándo puede obtener la dosis de refuerzo:** Al menos 2 meses después de haber completado su serie de vacunación primaria contra el COVID-19 *Para personas inmunocomprometidas, al menos 2 meses despues de su dosis adicional de la serie primaria*	**Qué dosis de refuerzo puede recibir:** 18 años y más pueden obtener un refuerzo Pfizer Bivalent o Moderna Bivalent

*Los CDC recomiendan que las personas reciban una vacuna contra el COVID-19 de ARNm (Pfizer O Moderna) en lugar de la vacuna contra el COVID-19 de Johnson & Johnson's (Janssen).

Al firmar éste formulario, confirmo que ha pasado el tiempo recomendado, de acuerdo a lo indicado por los CDC. desde que se completo mi serie primaria de vacunación contra el COVID-19, incluyendo las dosis adicionales para personas inmunocomprometidas.

Firme aquí: _____ Fecha: _____

Autorización de uso de emergencia

La FDA ha puesto a disposición la vacuna contra el COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA por sus siglas en inglés). 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 ha completado el 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 bajo una EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y la totalidad de la evidencia científica disponible, que muestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Consentimiento para servicios

Se me ha proporcionado la información para accesar la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) y/o la hoja informativ correspondiente a la vacuna(s) contra el COVID-19 que estoy recibiendo. Entiendo que la vacuna Pfizer y Moderna requieren dos (2) o tres (3) dosis dependiendo de la edad y las personas inmunodeprimidas, y la vacuna Janssen requiere una (1) dosis (dos (2) dosis para personas inmunodeprimidas) para que sea efectiva. He leído la información proporcionada sobre la vacuna que recibiré. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción, entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación y asumo voluntariamente completa responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar. Entiendo que debo permanecer en el área de espera posterior a la vacunación durante al menos 15 minutos (30 minutos si es necesario) después de la vacunación para monitorear cualquier posible reacción adversa. Entiendo que si experimento efectos secundarios, debo hacer lo siguiente: comunicarme con VNA Health Care o llamar al 911. Solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Divulgación de registros

Entiendo que a VNA Health Care se le puede exigir o puede divulgar voluntariamente toda la información de mi salud necesaria para informar la administración de la vacuna y / u otros fines de salud pública, incluido el informe a los registros de vacunas correspondientes.

Consentimiento para comunicación

Al firmar a continuación, acepto recibir comunicaciones futuras de VNA Health Care por correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto. Si no desea recibir correos electrónicos, llamadas telefónicas o mensajes de texto de VNA Health Care, escriba sus iniciales aquí para optar por no participar. _____

_____
Firma del paciente/tutor legal

_____
Nombre impreso

_____
Relación con el paciente, que no sea el mismo paciente

_____ _____
Fecha Hora

Vaccine Administration Office Use Only

Vaccine Location (CIRCLE ONE)

VNA-Highland VNA-Indian VNA-Villa VNA-Wing VNA-Mona Kea VNA-Mobile Clinic

VNA-Bensenville VNA-Bolingbrook VNA-Romeoville VNA-Joliet VNA-Offsite Clinic

Primary Series (CIRCLE DOSE)

	Pfizer-BioNTech		Pfizer-BioNTech (Comirnaty)	Moderna	Moderna	Moderna (Spikevax)	Janssen (Johnson & Johnson)
Age Range	**6 months -4**	**5-11**	**12+**	**6 months -5**	**6-11**	**12+**	**18+**
First Dose	0.2 mL	0.2 mL	0.3 mL	0.25 mL	0.5 mL	0.5 mL	0.5 mL
Second Dose	0.2 mL	0.2 mL	0.3 mL	0.25 mL	0.5 mL	0.5 mL	N/A
Third Dose	0.2 mL	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Third Dose Immunocompromised	N/A	0.2 mL	0.3 mL	N/A	0.5 mL	0.5 mL	N/A

Booster Vaccine (CIRCLE DOSE)

	Pfizer-BioNTech Bivalent		Pfizer-BioNTech (Comirnaty) Bivalent		Moderna (Spikevax) Bivalent			Janssen (Johnson & Johnson)	
	Ages 5-11		**Ages 12+**		**Ages 6-11**	**Ages 12+**		**Ages 18+**	
Primary Series	**Dose**	**Interval**	**Dose**	**Interval**	**Dose**	**Dose**	**Interval**	**Dose**	**Interval**
Pfizer	0.2 mL	2 months	0.3 mL	2 months	0.25 mL	0.5 mL	2 months	0.5 mL	5 months
Pfizer Immunocompromised	0.2 mL	2 months	0.3 mL	2 months	0.25 mL	0.5 mL	2 months	0.5 mL	3 months
Moderna	0.2 mL	2 months	0.3 mL	2 months	0.25 mL	0.5 mL	2 months	0.5 mL	5 months
Moderna Immunocompromised	0.2 mL	2 months	0.3 mL	2 months	0.25 mL	0.5 mL	2 months	0.5 mL	3 months
Janssen	N/A	N/A	0.3 mL	2 months	0.25 mL	0.5 mL	2 months	0.5 mL	2 months
Janssen Immunocompromised	N/A	N/A	0.3 mL	2 months	0.25 mL	0.5 mL	2 months	0.5 mL	2 months

Administration Site (circle one) Left Deltoid Right Deltoid Left Thigh Right Thigh

Manufacturer Lot Number: **Expiration Date:**

Vaccine Administrator Signature