



DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA FLORIDA EN EL CONDADO DE ORANGE
FORMULARIO DE SELECCION Y CONSENTIMIENTO PARA LA
VACUNA DE COVID-19

SECCION 1: INFORMACION ACERCA DE USTED (EN LETRA DE IMPRENTA)

Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre			
Fecha de Nacimiento					Edad en Años:			Sexo (Sexo asignado al nacer) <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Raza			Origen étnico						
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco			<input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro no Blanco <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico			<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino <input type="checkbox"/> Desconocido			
Dirección									
Ciudad			Estado			Código Postal			
Número de Teléfono									
¿Es esta la primera o segunda dosis de la vacuna de COVID-19 del paciente? <input type="checkbox"/> Primera Dosis <input type="checkbox"/> Segunda Dosis									
Si es la 2da dosis facilite la siguiente información:									
Fecha en que recibió de la 1 ^{ra} dosis:			Fabricante de la 1 ^{ra} dosis: <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer						
Número de Lote de la primera dosis:									

SECCION 2: PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE COVID-19

Por favor marque SI o NO para cada pregunta.	SI	NO
1. ¿Tiene hoy o ha tenido en algún momento de los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida repentina del sentido del olfato o del gusto, dolor de garganta, congestión (nariz tapada) o secreción nasal (moqueo), náuseas, vómitos o diarrea?		
2. ¿Ha tenido un resultado positivo en una prueba de detección de infección del COVID-19 o se la han diagnosticado en los últimos 10 días?		
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., necesitó epinefrina o atención en un hospital) a una dosis previa de esta vacuna o a alguno de los ingredientes de esta vacuna?		
4. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días (p. ej., vacuna contra la influenza, etc.)?		
5. ¿Ha recibido alguna terapia de anticuerpos contra el COVID-19 en los últimos 90 días (p. ej., Regeneron, Bamlanivimab, plasma de convalecientes de COVID, etc.)?		

SECCION 3: GUIA DE SELECCIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN CON LA VACUNA PARA EL COVID-19

Por favor marque SI o NO para cada pregunta.	SI	NO
6. ¿Lleva con usted un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o al látex?		
7. En el caso de las mujeres, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada?		
8. En el caso de las mujeres, ¿está amamantando actualmente?		
9. ¿Está inmunodeprimido/a o está recibiendo un medicamento que afecta al sistema inmunitario?		
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?		

- Certifico que: (a) soy el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) soy el padre/madre o tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 16 años de edad; o (c) estoy autorizado para otorgar el consentimiento para la vacunación del

paciente mencionado anteriormente. Además, otorgo mi consentimiento para que el Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health, DOH) o sus agentes administren la vacuna para el COVID-19.

- Entiendo que este medicamento no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado por la FDA para su uso de emergencia, en virtud de una Autorización para uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) para prevenir la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19), para su uso en personas de 16 años de edad o mayores; y el uso de emergencia de este medicamento solo está autorizado durante la vigencia de la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización de dicho uso de urgencia del medicamento en virtud de la Sección 564(b)(1) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (Food, Drug, and Cosmetic Act, FD&C Act), a menos que se termine la declaración o se revoque antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas a la administración de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la vacuna mencionada anteriormente y he recibido, leído y/o me han explicado la hoja informativa de uso de emergencia sobre la vacuna para el COVID-19 que he elegido recibir. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que me respondieron dichas preguntas de forma satisfactoria.
- Reconozco que se me ha aconsejado que permanezca cerca del centro de la vacunación para estar en observación durante aproximadamente 15 minutos después de la administración. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré 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 (Department of Health, DOH) de Florida y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de la administración de la vacuna mencionada anteriormente, o que esté relacionada con ella de cualquier manera.
- Doy fe de que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de Florida SHOTS, el registro de vacunación de Florida; y que (b) el DOH incluirá mi información personal de vacunación en Florida SHOTS y que esta será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al DOH o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin que se me pague una cobertura suplementaria por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al DOH o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago del cual soy financieramente responsable se deberá realizar al momento del servicio, o si el DOH me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.
- Confirmando la recepción del Aviso de Derechos de Privacidad.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso del representante y relación a la persona que recibe la vacuna: _____

Centro (LD/RD)	Vía	Fabricante (MVX)	N.º de Lote Unidad de Uso/ Unidad de Ventas	Fecha de Vencimiento	Fecha de la hoja informativa de la EUA
	IM				

Administrado en la Ubicación (Nombre de la Instalación):	
--	--

Administrador de la Vacuna (Nombre Impreso):		Firma:		Fecha:	
---	--	--------	--	--------	--

Email Address:	
----------------	--