



**Documentación de la administración de la vacuna contra el COVID-19**

**Sección 1. Criterios de participación:**

Según lo determinado por el actual proceso de asignación de vacunas del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas.

**Sección 2. Datos del paciente: Escriba claramente en letra de molde**

<b>Nombre: (Apellido)</b>		<b>Primer nombre:</b>		<b>Inicial del 2.º nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b> MM/DD/AAAA
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
<b>Condado:</b>		<b>Teléfono celular</b>	<b>Teléfono de la casa</b>	<b>¿Es hispano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
<b>Correo electrónico:</b>		<b>Idioma de contacto preferido:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<b>¿Preferencia de notificación de citas?</b> <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto	
<b>Preferred Language at Vaccination Event</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Frances <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____					<b>Núm. de ImmTrac2:</b>

**Sección 3. Cuestionario para determinar si llena los requisitos para recibir la vacuna:**

**Para los pacientes:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si usted puede recibir hoy la vacuna contra el COVID-19. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba ser vacunado. Solo significa que se le deben hacer preguntas adicionales. Si no entiende una pregunta, pídale al enfermero que se la explique.

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>No sé</b>
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si contesta que sí, ¿de qué fabricante era? ___ Pfizer ___ Moderna ___ Janssen (Johnson & Johnson) ___ Otro: _____ Confirme la fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a uno de los siguientes? (Esto incluye cualquier reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que haya causado que fuera hospitalizado. También incluye cualquier reacción alérgica que haya ocurrido en las 4 horas siguientes de haber recibido la vacuna y que le haya causado urticaria, hinchazón o dificultad para respirar, incluidas las sibilancias).			
• Un componente de la vacuna contra el COVID-19, incluido cualquiera de los siguientes:			
○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparados farmacéuticos para los procedimientos de colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas recubiertas y esteroides de administración intravenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Una vacuna o terapia inyectable que contenga varios componentes de los cuales uno forme parte de los componentes de la vacuna contra el COVID-19, pero que se desconozca cuál de ellos haya provocado la reacción inmediata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (aparte de la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye cualquier reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que haya causado que fuera hospitalizado. También incluye cualquier reacción alérgica que haya ocurrido en las 4 horas siguientes de haber recibido la vacuna y que le haya causado urticaria, hinchazón o dificultad para respirar, incluidas las sibilancias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo que no sea un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(Llene el formulario de detección y consentimiento de la vacuna en el reverso de esta página).**

componente de la vacuna contra el COVID-19, un polisorbato, o cualquier vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias alimenticias, ambientales, a mascotas o a medicamentos orales.

6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez ha dado positivo en la prueba de COVID-19 o alguna vez le ha dicho un médico que usted tenía COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasiva (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o recibe tratamiento de terapias o medicamentos inmunosupresores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está usted embarazada o está amamantando a su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene usted rellenos dérmicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 4. Acuse de recibo y consentimiento:**

**ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19:**

Entiendo que la vacuna contra el COVID-19 está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) bajo una autorización de uso de emergencia. He leído o recibido una explicación de la hoja informativa más reciente para quienes reciben la vacuna y sus cuidadores o la hoja informativa sobre la vacuna contra el COVID-19 que se está administrando y entiendo los riesgos y beneficios de la vacunación.

- ACUSO RECIBO** de una copia del "Aviso sobre las prácticas de privacidad" del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.
- DOY CONSENTIMIENTO** al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas y a su personal para que la persona nombrada en este formulario sea vacunada con la siguiente vacuna: **Vacuna contra el COVID-19**

**NOTA:** Mediante la firma de este formulario, doy fe de que la información citada es verdadera y correcta.

**Firma del paciente o del tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Persona autorizada para dar el consentimiento (si no es el paciente):** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**~~~~~FOR OFFICE USE ONLY (SOLO PARA USO INTERNO)~~~~~**

**Section 5: COVID-19 Vaccine Immunization Documentation:**

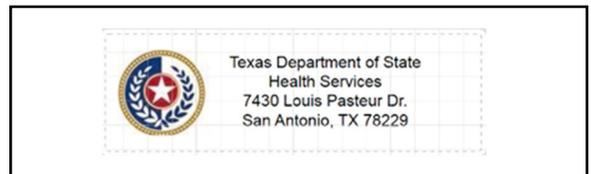
Date/Time	Vaccine	Mfg.	Lot No	Site Given	Given by	Date VIS or Fact Sheet Given	VIS or Fact Sheet Date
	COVID-19						

**Nurse's/Clinician's signature and credentials:** \_\_\_\_\_

(Signature above indicates immunization given according to most current SDOs)

**DSHS Field Office Stamp**

**Interpreter (if any):** \_\_\_\_\_



**Section 6: Additional Clinician Documentation (if needed):**

Time vaccine administered: \_\_\_\_\_

Observation Time  15 min  30 min

Date	Clinician Notes