

Formulario de Evaluación para la Vacuna contra el COVID-19

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre y teléfono del contacto de emergencia: _____

¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Sí No

Si es así ¿qué producto? Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Otro

Si usted responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Sólo significa que se le pueden hacer preguntas adicionales

| | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los siguientes? <ul style="list-style-type: none"> • La dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19 • Componente de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia. • Polisorbato (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hiciera ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurriera dentro de las 4 horas y que causara urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias o chillido respiratorio). | | |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la COVID-19) o a un medicamento inyectable? | | |
| 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo ? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, al medio ambiente o a medicamentos orales. | | |
| 4. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días? | | |
| 5. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero para convalecientes) como tratamiento para el COVID-19 en los últimos 90 días? | | |
| 6. ¿Tiene usted un trastorno de sangrado o está tomando un anticoagulante distinto a la aspirina? | | |
| 7. En los últimos 3 meses, ¿se ha sometido a un trasplante de células madre o de médula ósea o a una terapia celular (terapia de células T con CAR)? | | |
| 8. ¿Se está sometiendo a quimioterapia por leucemia aguda? | | |

Si tiene rellenos dérmicos: usted podría desarrollar hinchazón temporal en o cerca del lugar de inyección del relleno después de una dosis de la vacuna COVID-19. Por favor, contacte a su proveedor de atención médica si se produce hinchazón en el lugar del relleno dérmico o cerca de él después de la vacunación.

Si usted tiene un sistema inmunológico debilitado: Se desconoce la eficacia de la vacuna en poblaciones inmunodeprimidas. Es posible que tenga una respuesta inmunológica reducida a la vacuna. Algunos reumatólogos recomiendan modificar la medicación inmunosupresora, por favor consulte con su proveedor de atención médica antes de la vacunación si desea hablar de esto más a fondo.

Si usted está embarazada o amamantando: Basándose en los conocimientos actuales, los expertos creen que es poco probable que las vacunas COVID-19 supongan un riesgo para la persona embarazada o el feto, ya que estas vacunas no son vacunas vivas. Sin embargo, se desconocen los riesgos potenciales de las vacunas COVID-19 para la persona embarazada y el feto. No existen datos sobre la seguridad de las vacunas COVID-19 en personas en periodo de lactancia ni sobre los efectos de las vacunas COVID-19 en el lactante o en la producción/excreción de leche. Por favor, por favor consulte con su proveedor de atención de la salud antes de la vacunación si desea hablar de esto más a fondo.

| | | |
|------------------|---|--|
| Office Use Only: | Revised 03/19/2021 | |
| Notes: | <input type="checkbox"/> Thin Needle +2 min Compression | <input type="checkbox"/> 30 Minute Observation |



CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

El Condado de Santa Clara está ofreciendo la vacunación contra el COVID-19 a las personas que cumplen con los criterios del Estado de California para la vacunación. La vacunación es gratuita y no se requiere un seguro médico. Sin embargo, si usted tiene un seguro médico que cubre este servicio, su seguro puede ser facturado.

CONSENTIMIENTO

Se me ha proporcionado y he leído o se me ha explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia para la vacuna contra el COVID-19 que estoy recibiendo (o si es el representante legal, la persona a la que represento está recibiendo). He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna contra el COVID-19 y solicito que se me administre la vacuna a mí / a la persona de la que soy representante legal. Entiendo que mi vacuna será ingresada en el Registro de Inmunización de California (CAIR) local, lo que permitirá la atención coordinada entre mis proveedores de atención médica.

CESIÓN DE SEGURO / BENEFICIOS MÉDICOS

Cedo y transfiero irrevocablemente al Condado todos los derechos, beneficios y cualquier otro interés en relación con cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago por mi atención. Esta cesión incluye asignar y autorizar el pago directo al Condado de todos los beneficios del seguro y de plan de salud pagaderos por este servicio ambulatorio, a una tarifa que no exceda los cargos enumerados en los patrones de descripción de cargos. Estoy de acuerdo en que el pago del asegurador o del plan de salud al Condado de acuerdo con esta autorización, liberará sus obligaciones en la medida de dicho pago. Estoy de acuerdo en cooperar con el Condado y tomar todas las pasos razonablemente solicitados por el Condado para perfeccionar, confirmar o validar esta cesión.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco haber recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)* del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS). Nuestro NPP le brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica o información protegida de salud (PHI). Nuestro NPP está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, publicaremos la versión revisada en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web aquí: <https://www.scvmc.org/patients-and-visitors/services/Documents/Notice%20of%20Privacy%20Practices%20-%20English%20Mar%202019%20final.pdf>

RECONOCIMIENTO ACERCA DE LA SEGUNDA DOSIS DE LA VACUNA PFIZER Y MODERNA

Estoy de acuerdo que si recibo la vacuna de Pfizer o Moderna tendré que programar una segunda dosis de la vacuna. Doy mi consentimiento para recibir mensajes de correo electrónico o de texto con recordatorios sobre mi cita para la vacuna contra el COVID-19 si aún no he recibido mi segunda dosis de vacuna. Entiendo que dichos mensajes no se enviarán de forma segura.

Certifico que soy el paciente, el representante legal del paciente o que de otro modo el paciente me ha autorizado para firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.

Firma (*paciente o representante legal*): _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del padre o tutor en letras de molde (si corresponde): _____

Si no es el paciente, indique su relación con el paciente: _____

Hoja Informativa de Moderna EUA
(Copia en papel disponible si se solicita)



Hoja Informativa de Pfizer EUA
(Copia en papel disponible si se solicita)



Hoja Informativa Johnson & Johnson EUA
(Copia en papel disponible si se solicita)



COVID-19 Vaccine Intake Form

| | | |
|----------------|------------------------|-----------|
| Primer Nombre: | Inicial de 2do Nombre: | Apellido: |
|----------------|------------------------|-----------|

| | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|
| Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy): | Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Nobinario <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro | Número de Teléfono Principal: |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|

| |
|---|
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): |
|---|

| | |
|---------------------|---------------------|
| Correo Electrónico: | Lenguaje Preferido: |
|---------------------|---------------------|

| | | |
|---|--|--|
| Raza <input type="checkbox"/> (1) Alaska Indígena <input type="checkbox"/> (2) Asiática, Camboyano <input type="checkbox"/> (3) Asiática, Chino <input type="checkbox"/> (4) Asiática, Filipino <input type="checkbox"/> (5) Asiática, Indio <input type="checkbox"/> (6) Asiática, Japonés <input type="checkbox"/> (7) Asiática, Coreano <input type="checkbox"/> (8) Asiática, Laosiano <input type="checkbox"/> (9) Asiática, Otro <input type="checkbox"/> (10) Asiática, Pakistaní <input type="checkbox"/> (11) Asiática, Vietnamita <input type="checkbox"/> (12) Africano-Americano <input type="checkbox"/> (13) Africano <input type="checkbox"/> (14) Otro | <input type="checkbox"/> (15) Hispano o Latino <input type="checkbox"/> (16) Indígena de América <input type="checkbox"/> (17) Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> (18) Isleño del Pacífico, Guameño <input type="checkbox"/> (19) Isleño del Pacífico, Hawaiano <input type="checkbox"/> (20) Isleño del Pacífico, Samoa <input type="checkbox"/> (21) Paciente Declino/ Incapaz de especificar <input type="checkbox"/> (22) Árabe <input type="checkbox"/> (23) Europeo <input type="checkbox"/> (24) Medio Oriente o Norte Africano <input type="checkbox"/> (25) Norte Americano <input type="checkbox"/> (26) Americano-Otro | Etnia <input type="checkbox"/> (1) Centroamericano <input type="checkbox"/> (2) Cubano <input type="checkbox"/> (3) Dominicano <input type="checkbox"/> (4) Latino Americano <input type="checkbox"/> (5) Mexicano <input type="checkbox"/> (6) No Hispano ni Latino <input type="checkbox"/> (7) Otro tipo de Hispano o Latino <input type="checkbox"/> (8) Paciente Declino/ Incapaz de especificar <input type="checkbox"/> (9) Puertorriqueño <input type="checkbox"/> (10) Suda Americano <input type="checkbox"/> (11) Español |
|---|--|--|

| |
|--|
| <p>Por favor marque todas las opciones que le aplican a usted (marque todas las opciones que le corresponda):</p> <ol style="list-style-type: none"> Soy un trabajador agrícola migratorio o de temporada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Me encuentro en un estado de falta de vivienda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Recibo un subsidio de vivienda de la Sección 8 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder Tengo una capacidad limitada para hablar en inglés o leer/escribir en inglés <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder ¿Tiene el paciente algún tipo de discapacidad, incluida la discapacidad física o limitaciones de movilidad, discapacidad de salud mental, discapacidad visual/auditiva, discapacidad intelectual o de aprendizaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder |
|--|

Información para Pacientes sobre la Vacuna COVID-19

Existe una pequeña posibilidad de que la vacuna COVID-19 pueda causar una reacción alérgica grave.

Por lo general, **una reacción alérgica grave ocurriría entre unos minutos y una hora después de recibir la vacuna**. Las señales de **una reacción alérgica grave** pueden incluir:

- Dificultad para respirar
- Hinchazón de su cara y garganta
- Un latido cardíaco rápido
- Un sarpullido grave en todo el cuerpo
- Mareos y debilidad

Si experimenta una reacción alérgica grave después de salir del lugar, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano.

Se han reportado **otros efectos secundarios** de la vacuna COVID-19, que generalmente desaparecen unos días después de la vacunación, incluyen:

- Reacciones en el lugar de la inyección: dolor, sensibilidad e hinchazón de los ganglios linfáticos (glándulas) en el mismo brazo de la inyección, hinchazón (dureza) y enrojecimiento
- Efectos secundarios generales: fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor articular, escalofríos, fiebre, náusea y vómito.

Si tiene algún efecto secundario de la vacuna que recibió hoy que le molesta o no desaparece, llame a su proveedor de atención médica o a Valley Connection al 888-334-1000.

La vacuna COVID-19 no contiene el virus SARS-CoV-2 y no puede darle COVID-19. Pero aún es posible que tenga la infección por COVID-19 en los primeros días después de la vacunación, quédese en casa si se siente enfermo y comuníquese con su proveedor de servicios de salud si sigue sintiéndose enfermo durante más de 2 días después de la vacunación, para considerar hacerle la prueba de COVID-19.

Moderna EUA Hoja Informativa
(Copia en papel si la solicita)

Pfizer EUA Hoja Informativa
(Copia en papel si la solicita)

Johnson y Johnson EUA Hoja Informativa
(Copia en papel si la solicita)

