

Place patient label here

## COVID-19 Vaccine Patient Acknowledgment and Administration Record (SPANISH)

### Declaración del paciente receptor de la vacuna contra la COVID-19

Nombre del paciente (apellido, nombre): \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_  
 (Esta información se usará para contactarlo y recordarle la segunda dosis).

Dirección: \_\_\_\_\_ City, Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

**La información recopilada en esta sección nos ayuda a garantizar una atención equitativa y enfocada al paciente:**

Sexo al nacer (marque uno):

Masculino: <input type="checkbox"/>	Femenino: <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------

Identidad de género (marque una):

Masculino: <input type="checkbox"/>	Femenino: <input type="checkbox"/>	No binario <input type="checkbox"/>	No especificado/indeterminado: <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---

Origen étnico (marque uno):

Hispano o latino (que incluye español, mexicano, puertorriqueño, cubano, etc. <input type="checkbox"/>	No hispano, persona que no es de cultura u origen español <input type="checkbox"/>
--	--

Raza: (Marque todo lo que corresponda):

Negro o afroamericano <input type="checkbox"/>	Asiático <input type="checkbox"/>	Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/>
Blanco <input type="checkbox"/>	Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	

**Información sobre el seguro:**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ ¿Es usted el titular de la tarjeta?    S    N

Si la respuesta es no, ¿cuál es el nombre y la fecha de nacimiento del titular de la tarjeta? \_\_\_\_\_

Id. de titular: \_\_\_\_\_ Id. de Rx Group: \_\_\_\_\_

BIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_

¿Es usted elegible para Medicare?    S    N    Si la respuesta es sí, número de la Parte A/B de Medicare: \_\_\_\_\_

Si no tiene seguro y no quiere pagar usted mismo la administración de la vacuna, debe proporcionar la siguiente información. Si no proporciona esta información, es posible que se le facture la administración de la vacuna.

*No tengo ningún seguro, como por ejemplo Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno. Para que el Programa de vacunación contra la COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos para Pacientes no Asegurados pague su cuota de administración de la vacuna, proporcione (a) un número válido de Seguro Social, o (b) un número de identificación estatal y el estado de emisión, o (c) un número de licencia de conducir y el estado de emisión:* \_\_\_\_\_

**Declaraciones:**

- *He tomado la decisión de recibir la vacuna contra la COVID-19 por mi cuenta y de forma libre. Sé que tengo la opción de no recibir la vacuna. Solicito que se me administre la vacuna, o se administre a la persona nombrada anteriormente para la cual hago esta solicitud. He recibido la (Hoja informativa para receptores de la vacuna y cuidadores) para esta vacuna. La hoja informativa contiene información sobre los efectos secundarios y las reacciones adversas. He leído o me han leído la información proporcionada sobre la vacuna contra la COVID-19.*
- *Sé que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de esta vacuna. Sé que no es una vacuna totalmente autorizada por la FDA. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron a mi satisfacción. Actualmente, tengo conocimiento de la vacuna, las alternativas, los beneficios y los riesgos, en la medida en que se conocen y se desconocen en este momento.*

- Sé que debo permanecer en el área de vacunación o en un área indicada por mi proveedor de atención médica después de recibir la inmunización para estar cerca de mi proveedor de atención médica si tengo alguna reacción adversa. Si tengo antecedentes de ciertas reacciones alérgicas, debo esperar 30 minutos. Si no tengo antecedentes de dichas reacciones alérgicas, debo esperar 15 minutos.
- Sé que si tengo una reacción alérgica grave, como dificultad para respirar, hinchazón de la cara o la garganta, latidos rápidos del corazón, sarpullido en todo el cuerpo o mareos y debilidad, debo llamar al 9-1-1 o acudir al hospital más cercano. Sé que puedo llamar a mi médico si tengo algún efecto secundario que me moleste o no desaparezca.
- Me pidieron que me uniera al programa V-SAFE. El programa realiza controles de salud a las personas que reciben la vacuna contra la COVID-19. Sé que debo informar sobre los efectos secundarios de la vacuna al Sistema para Reportar Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) de la FDA/CDC al 1-800-822-7967 o en <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>.
- Sé que debo recibir dos dosis de la vacuna contra la COVID-19 y recibir la misma vacuna cada vez. Sé que al recibir todas las vacunas no hay ninguna certeza de que me volveré inmune (no contraeré el virus) o de que no tendré efectos secundarios. Sé que puedo elegir no recibir la segunda dosis de la vacuna. Sin embargo, si no recibo la segunda dosis, la posibilidad de ser inmune puede disminuir.

**Autorización para solicitar el pago:** Autorizo a la organización que me proporciona la vacuna a facilitar información y solicitar el pago. Certifico que la información que he dado al solicitar el pago bajo Medicare o Medicaid o el Programa de vacunación contra la COVID-19 de la HRSA para pacientes no asegurados, es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para atender esta solicitud. Solicito que se realice el pago de las prestaciones autorizadas en mi nombre.

**Divulgación de registros:** Comprendo que la organización que me proporciona la vacuna puede estar obligada a divulgar, o puede divulgar voluntariamente, mi información médica relacionada con la vacuna a mi médico de cabecera, mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y registros estatales o federales u otras autoridades de salud pública, para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También comprendo que la organización que me proporciona la vacuna utilizará y divulgará mi información médica como se describe en el Aviso de políticas de privacidad que puedo recibir si lo solicito o lo busco en su sitio web. Si soy empleado de [insertar el nombre del proveedor de atención médica] comprendo que mantendrá registros de esta vacunación para mí en [insertar el nombre del registro médico electrónico] y puede mantener mis registros de vacunación en los registros de salud ocupacional de los empleados de [insertar el nombre del proveedor de atención médica], en la medida requerida o permitida por la ley.

Firma del paciente (o padre/tutor/representante autorizado): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, tutor o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si está firmando en nombre del paciente, está declarando que está autorizado para tomar las decisiones requeridas en nombre del paciente.

Todas las secciones que aparecen a continuación son para uso interno:

**Información sobre la administración de la vacuna para el inmunizador:**

Fecha de administración: \_\_\_\_\_ Hora de administración: \_\_\_\_\_

CVX (producto): \_\_\_\_\_

Número de dosis: \_\_\_\_\_

Id. del receptor de IIS: \_\_\_\_\_

Id. del evento de vacunación de IIS: \_\_\_\_\_

Número de lote: \_\_\_\_\_

Unidad de uso MVX (fabricante): \_\_\_\_\_

Organización remitente: \_\_\_\_\_

Sufijo del proveedor que administra la vacuna: \_\_\_\_\_

Lugar de administración de la vacuna en el cuerpo: Deltoides izquierdo  Deltoides derecho  Otro  (indicar lugar) \_\_\_\_\_

Fecha de caducidad de la vacuna: \_\_\_\_\_

Vía de administración de la vacuna: \_\_\_\_\_

Serie de vacunación completa (fecha): \_\_\_\_\_

Fecha de la versión de la Hoja informativa para receptores de la vacuna y cuidadores: \_\_\_\_\_

Notes about this form:

- **This form should only be provided to a patient if it is accompanied by the Fact Sheet for Vaccine Recipients and Caregivers**
  - **Moderna:** <https://www.fda.gov/media/144638/download>
  - **Pfizer BioNTech** <https://www.cvdvaccine.com/>
- This form should only be used by clinicians well versed in the CDC's provider education materials who are able to counsel patients who answer "yes" to the screening questions or make referrals for counseling for those patients. See here for more information:
  - Full CDC Pre-Vaccination Check List with information for health care professionals: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/pre-vaccination-screening-form.pdf>
  - Interim Clinical Considerations for Use of mRNA COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>
- This form is intended as a resource. It is not a mandatory form.
- This form was developed based on the best available information at the time it was created. Its accuracy is not guaranteed. Organizations and individuals choosing to use this form should do so in consultation with their own clinicians and attorneys.
- This form is subject to update without notice.
- For convenience, some elements in this form may be pre-recorded in electronic health records or other databases.
- Resources used in creating this form:
  - COVID-19 Vaccination Training Programs and Reference Materials for Healthcare Professionals for information about screening questions and *Fact Sheet for Vaccine Recipients and Caregivers* <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/COVID-19-Clinical-Training-and-Resources-for-HCPs.pdf>
  - CDC Vaccine Information:
    - Pfizer BioNTech: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/pfizer/index.html>
    - Moderna: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/moderna/index.html>
  - V-Safe Program; <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>
  - COVID-19 Vaccination Communication Toolkit: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/health-systems-communication-toolkit.html>
  - Washington State's COVID-19 Vaccine Plan for vaccine reporting requirements. <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/WA-COVID-19-Vaccination-Plan.pdf>
  - For Demographic Information:
    - Washington State CHARS Manual: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CHARSManual-UB04-5010.pdf>
    - Race Ethnicity Language Data Collection Best Practices: [http://forces4quality.org/af4q/download-document/6011/Resource-validated\\_final\\_rel\\_data\\_collection\\_best\\_practice\\_guidelines\\_updated\\_11-28.pdf](http://forces4quality.org/af4q/download-document/6011/Resource-validated_final_rel_data_collection_best_practice_guidelines_updated_11-28.pdf)

Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Information: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/collecting-sexual-orientation.html>

# Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy.

**Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?  <input type="checkbox"/> Pfizer    <input type="checkbox"/> Moderna    <input type="checkbox"/> Otro producto _____</li> </ul>			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia</li> <li>Polisorbato</li> <li>Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19</li> </ul>			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, al polisorbato, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o usa medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante ( <i>blood thinner</i> )?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			

Formulario revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_