

Formulario de consentimiento y evaluación de COVID-19

En letra de imprenta

Sección 1: Información de la persona que recibe la vacuna

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------	--------	--------	---------------

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Lugar en que se administró: _____

Sección 2: Cuestionario de evaluación

¿Se siente enfermo el día de hoy? **SÍ** **NO**

¿Ha recibido terapia de anticuerpos para COVID-19 en los últimos 90 días? **SÍ** **NO**

¿Ha sufrido una reacción alérgica grave o con riesgo de vida, como urticaria, o dificultad para respirar debido a *cualquier* vacuna o inyección? **SÍ** **NO**

¿Le han administrado alguna vacuna en los últimos 14 días? (Incluida la vacuna antigripal) **SÍ** **NO**

¿Está embarazada o en período de lactancia, o considera quedar embarazada? **SÍ** **NO**

¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o ha sufrido alguna enfermedad autoinmune o alguna afección que debilite el sistema inmunitario? **SÍ** **NO**

¿Toma alguna medicación que afecte su sistema inmunitario, como esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido radioterapia? **SÍ** **NO**

Autorización de uso urgente

La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) ha puesto a disposición la vacuna contra la COVID-19 conforme a una autorización de uso urgente (emergency use authorization, EUA). La autorización de uso urgente se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como lo es la pandemia de la COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que una vacuna con licencia o aprobada por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna a disposición bajo una autorización de uso urgente se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y en que la totalidad de la evidencia científica disponible demuestra que los beneficios potenciales y ya conocidos de la vacuna son mayores que los riesgos.

Consentimiento

He recibido, he leído (o me han explicado) y he comprendido la hoja informativa sobre la vacuna contra la COVID-19 que me proporcionaron. Por el presente autorizo a _____ administrar la vacuna que he solicitado en una serie de dos dosis con _____ días de diferencia. El alcance de este consentimiento incluye la administración de la vacuna, el análisis con un proveedor en caso de que se solicite, el cuidado y el tratamiento inmediatamente posteriores a la administración en caso de ser necesario.

Firma

Fecha

Sección 3: para ser completada por el personal de vacunación

Encargado de la vacunación

Vacuna que se administró:	Primera dosis	Segunda dosis
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugar de administración de la vacuna:	Deltoides izquierdo	Deltoides derecho
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>