GEORGIA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Vacuna contra COVID-19

INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE (Apellido)	(Primer)	Fecha de nacimiento : _____/_____/_____	**Edad:**
DIRECCIÓN		**CORREO ELECTRÓNICO**	
CIUDAD / **ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**	**TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA**	
CONTACTO PARA EMERGENCIAS: **Nombre**		**Relación**	**Teléfono**

Raza: (marque solo 1)	**Grupo étnico: (marque uno)**	**Idioma principal:**	**Sexo:**
□ Asiático o polinesio □ Negro □ Multirracial □ Indígena americano o de Alaska □ Blanco □ No sabe	□ No hispano □ Hispano □ No sabe	□ Español □ Otro _____	□ Masculino □ Femenino

Responda a las siguientes preguntas sobre la salud de quien recibe la vacuna :	**Si**	**No**	**No Sabe**
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? *En caso afirmativo, qué producto de vacuna: □ Pfizer □ Moderna □ Janssen □ Otro:_____			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia) a algo, por ejemplo, una reacción que debió ser tratada con epinefrina o una EpiPen o por la cual tuvo que ir al hospital' le provocó urticaria, hinchazón, o dificultades para respirar, incluyendo sibilancias?			
*¿La reacción grave fue después de recibir una vacuna contra el COVID-19?			
*¿La reacción grave fue después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?			

4. **Marque**:
□ Tiene un historial médico de miocarditis o pericarditis □ Tiene un historial médico del síndrome de Guillain-Barre
□ Tiene un trastorno del sangrado o toma medicamentos anticoagulantes
□ Tiene un historial médico de trombocitopenia inducida por heparina (HIT)
□ En este momento está embarazada o amamantando □ Ha recibido rellenos dérmicos
□ Tuvo COVID-19 y se le trató con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente
□ Fue diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección de COVID-19

5. **Marque**:
□ Tiene un sistema inmunitario debilitado (infección por HIV, cáncer): En caso afirmativo, qué condición: _____
□ Recibe medicamentos o terapias inmunosupresoras: si la respuesta es sí, indique cuáles: _____

Confirmo en mi nombre o en nombre del menor nombrado arriba que he recibido una copia y he leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) y he revisado la hoja informativa de la FDA para receptores y cuidadores de la FDA sobre la vacuna contra el COVID-19 que será administrada (elija una de las siguientes opciones): ____ Pfizer (de 6 meses a 4 años) ____ Pfizer (de 5 a 11 años) _____ Pfizer (12 años o más); _____ Moderna (de 6 meses a 5 años) ____ Moderna (de 6 a 11 años) _____ Moderna (12 años o más) _____ Janssen (18 años o más) ; ____ Novavax (12 años o más).

Confirmo en mi nombre, o en nombre del menor nombrado arriba, que he podido hacer preguntas que me contestaron a cabalidad. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna indicada y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada para la que estoy autorizado a hacer este pedido. **Con mi firma confirmo que al menor, o a mí, se nos recomendó quedarnos en el lugar durante 15 minutos después de recibir la vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves deben quedarse durante 30 minutos**

_____	_____	**X**_____
Fecha	**Nombre en letra de imprenta**	**Firma del paciente, padre o tutor del menor**

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO)

Vaccine recipient provided:

□ **Pfizer-BioNTech** (Hojas informativas) https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/comirnaty-and-pfizer-biontech-covid-19-vaccine

□ **Moderna** (Hojas informativas) https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/spikevax-and-moderna-covid-19-vaccine

□ **Janssen** (Hojas informativas) https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/janssen-covid-19-vaccine

□ **Novavax** (Hojas informativas) https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/novavax-covid-19-vaccine-adjuvanted#additional

Vaccine	Dose	Route	Date Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator
	_____ml □ 1st _____ml □ 2nd _____ml □ 3rd _____ml □ 4th	IM - L Arm IM - R Arm IM - L Leg IM - R Leg					