



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

**Sección 1: Criterios para su administración:**

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 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 (NC)	<b>Hispano:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NC
<b>Condado:</b>	<b>Teléfono celular:</b>	<b>Teléfono de la casa:</b>	<b>Grupo racial:</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Varias razas <input type="checkbox"/> Desconocido <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>¿Cómo prefiere recibir aviso de la cita?</b> <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto	
<b>Idioma que prefiere hablar durante la vacunación</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro:						<b>Núm. de ImmTrac2:</b>

**Sección 3: Cuestionario para determinar si la persona reúne las condiciones 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 alguna de las preguntas, no significa necesariamente que no deba ser vacunado. Solo significa que se le deben hacer otras 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: _____ ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (Sí/No)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a alguno de los siguientes? (Esto incluye cualquier reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen® o haya causado que fuera hospitalizado. También incluye cualquier reacción alérgica que haya ocurrido en las 4 horas siguientes de haber recibido la vacuna y le haya causado urticaria, hinchazón o dificultad para respirar, incluyendo 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 procedimientos de colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas recubiertas y esteroides intravenosos.	<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"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (distinta 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 haya causado que fuera hospitalizado. También incluye cualquier reacción alérgica que haya ocurrido en las 4 horas siguientes de haber recibido la vacuna y le haya causado urticaria, hinchazón o dificultad para respirar, incluyendo sibilancias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Marque las opciones que se apliquen a usted:			
<input type="checkbox"/> Soy una mujer de entre 18 y 48 años de edad			

(Llene también el formulario de chequeo y consentimiento para la vacuna al reverso de esta página).

- He tenido una reacción alérgica grave a algo distinto a una vacuna o un medicamento inyectable, como alergias a alimentos, a mascotas, a un veneno, al ambiente, o a un medicamento por vía oral
- Tuve COVID-19 y recibí terapia de anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente
- Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19
- Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej., infección por VIH o cáncer)
- Tomo medicamentos o terapias inmunosupresoras
- Tengo un trastorno hemorrágico
- Tomo un anticoagulante
- Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT)
- Actualmente estoy embarazada o estoy amamantando a mi bebé
- He recibido rellenos dérmicos

**Sección 4: Aceptación y consentimiento**

**ACEPTACIÓN 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) en virtud de 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 me administrará y entiendo los riesgos y beneficios de la vacunación.

- RECONOZCO** que he revisado 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 arriba mencionada es verdadera y correcta.

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

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

\_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

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

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

| Date/Time | Vaccine         | Mfg. | Lot No | Exp. Date | Site Given | Given by | Date VIS or Fact Sheet Given | VIS or Fact Sheet Date |
|-----------|-----------------|------|--------|-----------|------------|----------|------------------------------|------------------------|
|           | <b>COVID-19</b> |      |        |           |            |          |                              |                        |

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

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

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

**DSHS Field Office Stamp**



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

Time of administration: \_\_\_\_\_

Observation Time  15 min  30 min

| Date | Clinician Notes |
|------|-----------------|
|      |                 |
|      |                 |
|      |                 |
|      |                 |
|      |                 |