

**EVALUACIÓN PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 Y FORMULARIO
DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES DE EDAD**

Vacuna pediátrica (5-11 años) contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE EL/LA PACIENTE (COMPLETAR)

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento			Edad en años	Sexo (Género asignado en el nacimiento)	
Mes	Día	Año		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco			Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Desconocido		
Domicilio					
Ciudad		Estado		Código postal	
Número de teléfono celular			Nombre de soltera de la madre		
¿Es la primera o segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 que el/la paciente se aplica? <input type="checkbox"/> Primer dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis					

SECCIÓN 2: PREGUNTAS PARA EVALUAR LA COVID-19

Marque SÍ o NO en cada pregunta	SÍ	NO
1. ¿Se siente enfermo/a el día de hoy?		
2. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave a una dosis anterior de esta vacuna o a alguno de sus ingredientes?		
3. ¿Tiene un Epi-pen para tratar la anafilaxia en caso de emergencia?		
4. ¿Se ha aplicado otra vacuna en los últimos 14 días?		
5. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o le han diagnosticado COVID-19 en los últimos 90 días?		
6. ¿Ha tenido fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolor muscular o corporal, dolor de cabeza, pérdida de olfato o gusto, dolor de garganta, congestión o secreciones nasales, náuseas, vómitos o diarrea en los últimos 10 días?		

SECTION 3: GUÍA PARA EVALUAR LA INMUNIZACIÓN PARA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

Marque SÍ o NO en cada pregunta	SÍ	NO
9. ¿Presenta alguna alergia a una determinada medicación, comida, vacuna o látex? Explique:		
10. ¿Se encuentra inmunodeprimido/a o bajo una medicación que afecte su sistema inmunitario?		
11. ¿Presenta un trastorno hemorrágico o se encuentra bajo una medicación anticoagulante?		
12. ¿Ha recibido una dosis anterior de alguna vacuna contra la COVID-19? Si su respuesta es sí, indique el nombre del fabricante de la vacuna que le han aplicado y la fecha de aplicación: <input type="checkbox"/> Vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech Fecha de aplicación: _____		
13. ¿Ha presentado alguna reacción alérgica leve dentro de las 4 horas de haberse aplicado una dosis anterior de la vacuna contra la COVID-19? Las reacciones alérgicas leves incluyen: urticaria, inflamación, enrojecimiento, sibilancias o síntomas gastrointestinales, entre otros. Si su respuesta es sí, explique:		

- Certifico que: (a) soy el/la padre/madre o tutor/a legal del/la paciente y confirmo que el/la paciente tiene entre 5 y 11 años; o (b) estoy autorizado/a a permitir que se le aplique una vacuna a el/la paciente mencionado/a anteriormente. Además, mediante este formulario otorgo mi consentimiento para que el Departamento de Salud del Condado de Howard (HCHD por sus siglas en inglés) administre la vacuna contra la COVID-19.
- Entiendo que el/la paciente está recibiendo un producto que no ha sido aprobado o autorizado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés), pero que la FDA lo ha autorizado para el uso de emergencia para que la apliquen en personas de entre 5 y 11 años, bajo una Autorización para el Uso de Emergencia para prevenir la Enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19); y que el uso de emergencia de este producto solo está autorizado durante lo que dure la declaración de que están dadas las circunstancias que justifican la autorización del uso de emergencia del producto médico en el Artículo 564(b)(1) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, salvo que la declaración finalice o que, previo a esto, la autorización se revoque.
- Entiendo que no es posible predecir todos los efectos secundarios o complicaciones posibles relacionados con la vacunación de el/la paciente. Entiendo los riesgos y beneficios relacionados con la vacuna mencionada anteriormente, y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia de la vacuna contra la COVID-19 que he elegido para que el/la paciente reciba. Además, reconozco que he podido realizar preguntas y que estas han sido respondidas de manera satisfactoria. Además, entiendo la necesidad de mantener el uso de mascarillas o el distanciamiento social luego de recibir la vacuna contra la COVID-19.
- Reconozco que a el/la paciente se le aconsejará que permanezca cerca del sitio de vacunación durante aproximadamente 15 minutos en observación luego de que se le aplique la vacuna y tal vez hasta 30 minutos si el/la prestador/a de servicios médicos lo considera necesario. Si el/la paciente experimenta una reacción seria, se contactará al 911.
- Decido de manera voluntaria que el/la paciente reciba la vacuna contra la COVID-19 en HCHD luego de haber considerado en detenimiento los riesgos y beneficios.
- Entiendo que las vacunas contra la COVID-19 que se aplican en HCHD tendrán un seguimiento y se informará al respecto a ImmuNet, y se procederá como lo indique el gobierno local, estatal y federal.

Firma del Padre/Madre o Tutor o Representante Autorizado: _____

Fecha: _____

Nombre del Representante y Relación con la Persona que recibirá la vacuna: _____