

COVID-19 Documentation/Consent Form
Documentacion del COVID-19/Forma de Consentimiento

Patient Information (please print legibly)
Informacion del Paciente (Por favor imprima legiblemente)

Last Name: _____ **Name:** _____ **Middle:** _____
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Date of Birth: _____ **Sex:** _____ **Female** **Male**
Fecha de Nacimiento: _____ Género: Femenino Masculino

Address: _____
Dirrección: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Phone: _____ **Email:** _____
No. De Teléfono: _____ Correo Electronico: _____

Screening Questionnaire
(Questionario Diagnostico)

Patient Occupation: _____ **Previous Vaccine Pfizer or Moderna Date:** _____
Ocupacion del Paciente: _____ **Fecha de Vacuna Anterior Pfizer o Moderna:** _____

COVID-19 Screening Questions

Questionario Diagnostico del COVID-19

1. **In the past two weeks, have you tested positive for COVID-19 or are you currently being monitored for COVID-19?**
En las ultimas dos semanas, ha dado positivo en la prueba de covid-19 o esta siendo monitoreado actualmente por covid-19? Si No
2. **In the past two weeks, have you had contact with anyone who tested positive for COVID-19?**
En las ultimas dos semanas, ha tenido contacto con alguien que dio positivo para covid-19? Si No
3. **Do you currently or have you in the past two weeks had a fever, chills, cough, shortness of breath, difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, headache, new loss of taste or smell, sore throat, nausea, vomiting or diarrhea?**
Tiene actualmente o ha tenido en las ultimas dos semanas fiebre,escalofrios,tos, dificultad para respirar,fatiga, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto o olor, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea? Si No

Immunization Screening Questions

Questionario Diagnostico de Vacuna

1. **Are you sick today? (cold, fever, acute illness)?**
Estas enfermo hoy? (Fiebre, resfrio, enfermedad grave)? Si No
2. **Do you have any allergies to medications, food, a vaccine or latex?**
Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, vacunas o látex? Si No
3. **Have you had a serious reaction to a vaccine in the past?**
Ha tenido una reacción serosa a una vacuna en el pasado? Si No
4. **Have you ever had Guillain-Barre syndrome?**
Alguna vez ha tenido el syndrome Guillain Barre? Si No

- 5. Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant in the next month?**
Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en el próximo mes? Si No
- 6. Are you currently breastfeeding?**
Esta lactando? Si No
- 7. Do you have a blood-clotting disorder or are currently taking blood thinners?**
Tiene un trastorno de la coagulación del la sangre o está tomando anticoagualantes? Si No
- 8. Do you have long-term health problem such as heart disease, lung diseas, liver disease, asthma, kidney disease, metabolic disease (e.g., diabetes), anemia or other blood disorders?**
Tiene un problema de salud a largo plazo, como enfermard cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad hepatica, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica, diabetes, anemia o trastornos sanguíneos? Si No
- 9. Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS, rheumatioid arthritis, ankylosing spondylitis, Crohn's disease, or other condition that makes it hard for you to fight infection?**
Tiene Cáncer leucemia, VIH/SIDA, artritis reumatoide, anquilosante espondilitis, enfermedad de Crohn o otra afección que le dificulta combatir las infecciones? Si No
- 10. Do you have a weakened immune system or in the past 3 months, taken medications that weaken it such as cortisone,prednisone, other steroids, anti-cancer drugs or radiation treatments?**
Tiene un Sistema inmunológico debilitado o en los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que lo debilita, como cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cancer o tratamientos de radiación? Si No
- 11. During the past year, have you received a transfusion of blood or blood products or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?**
Durante el ultimo año, ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos o le han administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? Si No
- 12. In the past 4 Weeks, have you received any vaccinations or a TB skin test?**
En las últimas 4 semanas, ha recibido alguna vacuna o una prueba cutánea de tuberculosis? Si No

I have been offered a copy of the COVID-19 Emergency Use Authorization (EUA). I have read, had explained to me, and understand the information in the EUA. I ask that the vaccine be administered to me. I consent to inclusion of this immunization data in the Kansas Immunization Information System (KSWEBIZ) for myself.

Se me ha ofrecido una copia de la autorización de uso de emergencia (EUA) del covid-19. He leído, me han explicado y entiendo la información contenida en la EUA. Pido que me administren la vacuna. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de vacunación en el sistema de información de inmunización de Kansas (KS WEBIZ) por mí mismo.

I acknowledge that I have been offered the opportunity to read the Barton County Health Department's Revised Notice of Privacy (HIPPA) effective September 23, 2013. I agree that I am seeking services Voluntarily without coercion and I verify that I am not required to participate in any program with the Barton County Health Department in order to receive services

Reconozco que se me ofreció la oportunidad de leer el Aviso de Privacidad Revisado del Departamento de Salud del Condado de Barton (HIPPA) a partir del 2013. Acepto que busco servicios voluntariamente sin coacción y verifico que no estoy obligado a participar en ningún programa con el Departamento de Salud del Condado de Barton para poder recibir servicios.

Signature of patient
Firma del Paciente

Date
Fecha

Name
Nombre escrito del Paciente

Date of Birth
Fecha de Nacimiento

For Office Use Only (Solamente para uso de la Oficina)

Vaccine: COVID-19

Route: _____ **Dose:** _____

Manufacturer: _____

EUA Date: _____

Lot Number: _____

Site: Deltoid Left Right

Expiration Date: _____

Administered By: _____
Signature and Title of Vaccine Administrator

Date Given: _____

HOJA INFORMATIVA PARA RECEPTORES Y CUIDADORES AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS DE 2019 (COVID-19) EN PERSONAS DE 18 AÑOS EN ADELANTE

Se le ofrece la vacuna contra la COVID-19 de Moderna para prevenir la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2. Esta hoja informativa contiene información para ayudarle a comprender los riesgos y beneficios de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna, que usted puede recibir debido a la actual pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna y podría prevenir el contagio de COVID-19. No existe ninguna vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. para prevenir la COVID-19.

Lea esta hoja informativa para obtener información sobre la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. Hable con el proveedor de vacunación si tiene alguna pregunta. Recibir la vacuna contra la COVID-19 de Moderna es decisión suya.

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna se administra en una serie de 2 dosis, con 1 mes de diferencia, en el músculo.

Es posible que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna no proteja a todas las personas.

Esta hoja informativa puede haberse actualizado. Para obtener la hoja informativa más reciente, visite www.modernatx.com/covid19vaccine-eua.

QUÉ NECESITA SABER ANTES DE RECIBIR ESTA VACUNA

¿QUÉ ES LA COVID-19?

La COVID-19 es causada por un coronavirus denominado SARS-CoV-2. Este tipo de coronavirus no se ha observado anteriormente. Puede contraer COVID-19 a través del contacto con otra persona que tenga el virus. Es predominantemente una enfermedad respiratoria que puede afectar a otros órganos. Las personas con COVID-19 han notificado una amplia variedad de síntomas, desde síntomas leves hasta enfermedad grave. Los síntomas pueden aparecer entre 2 y 14 días después de la exposición al virus. Los síntomas pueden incluir: fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida nueva del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea.

¿QUÉ ES LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna no aprobada que puede prevenir la COVID-19. No existe ninguna vacuna aprobada por la FDA para prevenir la COVID-19.

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna para

prevenir la COVID-19 en personas de 18 años en adelante en virtud de una autorización de uso de emergencia (emergency use authorization, EUA).

Para obtener más información sobre la EUA, consulte la sección “**¿Qué es una autorización de uso de emergencia (EUA)?**” al final de esta hoja informativa.

¿QUÉ DEBERÍA MENCIONARLE A SU PROVEEDOR DE VACUNACIÓN ANTES DE RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

Informe a su proveedor de vacunación sobre todas las afecciones médicas que tenga, lo cual incluye si usted:

- tiene alguna alergia;
- tiene fiebre;
- tiene un trastorno hemorrágico o está en tratamiento con un anticoagulante;
- está inmunodeprimido o está en tratamiento con un medicamento que afecta al sistema inmunitario;
- está embarazada o planea quedar embarazada;
- está en período de lactancia;
- ha recibido otra vacuna contra la COVID-19.

¿QUIÉN DEBERÍA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna en personas de 18 años en adelante.

¿QUIÉN NO DEBERÍA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

Usted no debería recibir la vacuna contra la COVID-19 de Moderna si:

- tuvo una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna.
- tuvo una reacción alérgica grave a cualquier componente de esta vacuna.

¿CUÁLES SON LOS COMPONENTES DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna contiene los siguientes componentes: ácido ribonucleico mensajero (ARNm), lípidos (SM-102, polietilenglicol [PEG] 2000 dimiristoil glicerol [DMG], colesterol y 1,2-diestearoil-sn-glicero-3-fosfocolina [DSPC]), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato de sodio y sacarosa.

¿CÓMO SE ADMINISTRA LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna se le administrará en forma de inyección en el músculo.

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna consiste en una serie de 2 dosis administradas con 1 mes de diferencia.

Si recibe una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna, debe recibir una segunda dosis de la misma vacuna 1 mes después para completar la serie de vacunación.

¿SE HA USADO LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA EN EL PASADO?

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna es una vacuna no aprobada. En ensayos clínicos, aproximadamente 15,400 personas de 18 años en adelante han recibido al menos 1 dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

En un ensayo clínico en curso, se ha demostrado que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna previene la COVID-19 después de 2 dosis administradas con 1 mes de diferencia. Actualmente, se desconoce la duración de la protección contra la COVID-19.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

Los efectos secundarios que se han notificado con respecto a la vacuna contra la COVID-19 de Moderna incluyen los siguientes:

- Reacciones en el lugar de la inyección: dolor, dolor a la palpación e hinchazón de los ganglios linfáticos en el mismo brazo de la inyección, hinchazón (endurecimiento) y enrojecimiento.
- Efectos secundarios generales: fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor articular, escalofríos, náuseas y vómitos, y fiebre.

Existe una posibilidad remota de que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave normalmente ocurriría en el lapso de unos minutos a una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. Por este motivo, el proveedor de vacunación podría pedirle que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para supervisarlos después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir:

- Dificultad para respirar
- Hinchazón de la cara y la garganta
- Ritmo cardíaco acelerado
- Erupción cutánea intensa en todo el cuerpo
- Mareos y debilidad

Es posible que estos no sean todos los posibles efectos secundarios de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. Pueden producirse efectos secundarios graves e inesperados. La vacuna contra la COVID-19 de Moderna todavía se está estudiando en ensayos clínicos.

¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO EFECTOS SECUNDARIOS?

Si experimenta una reacción alérgica grave, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

Llame al proveedor de vacunación o a su proveedor de atención médica si tiene algún efecto secundario que le molesta o no desaparece.

Informe los efectos secundarios de la vacuna al **Sistema de notificación de eventos adversos de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS)** de la FDA y los Centros para

el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). El número gratuito del VAERS es 1-800-822-7967. También puede informarlos en línea en <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>. Incluya “Moderna COVID-19 Vaccine EUA” (EUA de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna) en la primera línea de la casilla número 18 del formulario de notificación.

Además, puede notificar efectos secundarios a ModernaTX, Inc. llamando al 1-866-MODERNA (1-866-663-3762).

También se le puede dar la opción de inscribirse en **v-safe**. **V-safe** es una nueva herramienta voluntaria para teléfonos inteligentes que utiliza mensajes de texto y encuestas web para verificar el estado de las personas que han sido vacunadas con el fin de identificar posibles efectos secundarios después de la vacunación contra la COVID-19. **V-safe** hace preguntas que ayudan a los CDC a supervisar la seguridad de las vacunas contra la COVID-19. **V-safe** también proporciona recordatorios de la segunda dosis si es necesario y realiza un seguimiento telefónico en vivo por parte de los CDC si los participantes notifican un impacto significativo en la salud después de la vacunación contra la COVID-19. Para obtener más información sobre cómo registrarse, visite: www.cdc.gov/vsafe.

¿QUÉ OCURRE SI DECIDO NO RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

Recibir o no la vacuna contra la COVID-19 de Moderna es decisión suya. Si decidiera no recibirla, esto no modificará su atención médica habitual.

¿EXISTEN OTRAS OPCIONES DISPONIBLES PARA PREVENIR LA COVID-19 ADEMÁS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA?

Actualmente, no hay disponible ninguna vacuna alternativa aprobada por la FDA para la prevención de la COVID-19. Es posible que se disponga de otras vacunas para prevenir la COVID-19 en virtud de la autorización de uso de emergencia.

¿PUEDO RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA CON OTRAS VACUNAS?

No hay información sobre el uso de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna con otras vacunas.

¿QUÉ OCURRE SI ESTOY EMBARAZADA O EN PERÍODO DE LACTANCIA?

Si está embarazada o en período de lactancia, analice sus opciones con su proveedor de atención médica.

¿LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA ME HARÁ CONTRAER COVID-19?

No. La vacuna contra la COVID-19 de Moderna no contiene SARS-CoV-2 y no puede hacerle contraer COVID-19.

CONSERVE SU TARJETA DE VACUNACIÓN

Cuando reciba su primera dosis, se le proporcionará una tarjeta de vacunación que indicará cuándo debe regresar para su segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna. Recuerde traer su tarjeta cuando regrese.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si tiene preguntas, visite el sitio web o llame al número de teléfono que se indica a continuación.

Para acceder a las hojas informativas más recientes, escanee el código QR que se proporciona a continuación.

Sitio web de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna	Número de teléfono
<p data-bbox="233 676 773 705">www.modernatx.com/covid19vaccine-eua</p> 	<p data-bbox="1003 676 1243 743">1-866-MODERNA (1-866-663-3762)</p>

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

- Pregunte al proveedor de vacunación.
- Visite el sitio web de los CDC en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.
- Visite el sitio web de la FDA en <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/emergency-use-authorization>.
- Comuníquese con su Departamento de Salud Pública local o estatal.

¿DÓNDE SE REGISTRARÁ MI INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN?

El proveedor de vacunación puede incluir su información de vacunación en el Sistema de información de inmunización (Immunization Information System, IIS) de su jurisdicción local/estatal u otro sistema designado. Esto garantizará que reciba la misma vacuna cuando regrese para la segunda dosis. Para obtener más información sobre el IIS, visite: <https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/about.html>.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR DAÑOS CAUSADOS POR CONTRAMEDIDAS?

El Programa de compensación por daños causados por contramedidas (Countermeasures Injury Compensation Program, CICP) es un programa federal que puede ayudar a pagar los costos relacionados con la atención médica y otros gastos específicos de determinadas personas que han sufrido daños graves a causa de ciertos medicamentos o vacunas, incluida esta vacuna. En general, se debe presentar un reclamo al CICP en el plazo de un (1) año desde la fecha de recepción de la vacuna. Para obtener más información acerca de este programa, visite www.hrsa.gov/cicp/ o llame al 1-855-266-2427.

¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA)?

La FDA de los Estados Unidos ha permitido que la vacuna contra la COVID-19 de Moderna esté disponible en virtud de un mecanismo de acceso de emergencia denominado EUA. La EUA está respaldada por una declaración del secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de que existen circunstancias para justificar el uso de emergencia de fármacos y productos biológicos durante la pandemia de COVID-19.

La vacuna contra la COVID-19 de Moderna no se ha sometido al mismo tipo de revisión que un producto aprobado o autorizado por la FDA. La FDA puede emitir una EUA cuando se cumplen determinados criterios, lo que incluye que no existan alternativas aceptables, aprobadas y disponibles. Además, la decisión de la FDA se basa en la totalidad de la evidencia científica disponible que muestra que el producto puede ser eficaz para prevenir la COVID-19 durante la pandemia de COVID-19 y que los beneficios conocidos y potenciales del medicamento superan sus riesgos conocidos y potenciales. Todos estos criterios deben cumplirse para permitir el uso del producto durante la pandemia de COVID-19.

La EUA para la vacuna contra la COVID-19 de Moderna estará en vigor durante la vigencia de la declaración sobre la COVID-19 de la EUA que justifica el uso de emergencia de estos productos, a menos que se cancele o revoque (después de lo cual los productos ya no se podrán usar).

©2020 ModernaTX, Inc. Todos los derechos reservados.

Patente(s): www.modernatx.com/patents

Revisado: 12/2020

