

Formulario de consentimiento/documentación de la vacuna contra el COVID-19

COVID-19 Vaccine Documentation/Consent Form

Información del paciente (escriba en letra de molde legible)

Patient Information (Please print legibly)

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

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo biológico:** Femenino Masculino Desconocido o no informado
Date of Birth Biological Sex: Female Male Unknown or Not Reported

Origen étnico: No hispano/latino Hispano/Latino (Centroamérica/Sudamérica, México, Cuba, Puerto Rico, Otro)
 Desconocido o no informado

Ethnicity: Non-Hispanic/Latino Hispanic/Latino (Central/South America, Mexico, Cuba, Puerto Rico, Other) Unknown/Not Reported

Raza 1: Blanco Negro o afroamericano Asiático Indígena americano o nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro Desconocido o no informado

Race 1: White Black or African American Asian American Indian or Alaska Native
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other Unknown or Not Reported

Raza 2: Blanco Negro o afroamericano Asiático Indígena americano o nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro Desconocido o no informado

Race 2: White Black or African American Asian American Indian or Alaska Native
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other Unknown or Not Reported

Raza 3: Blanco Negro o afroamericano Asiático Indígena americano o nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro Desconocido o no informado

Race 3: White Black or African American Asian American Indian or Alaska Native
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other Unknown or Not Reported

Dirección residencial: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____
Residential Address City State

Código postal: _____ **Condado:** _____
Zip Code County

Teléfono: _____ **Email:** _____
Telephone

Cuestionario de detección

Screening Questionnaire

Preguntas de detección de COVID-19

Immunization Screening Questions

- | | Yes | No |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. En las últimas dos semanas, ¿dio positivo en la prueba de COVID-19 o actualmente lo están controlando para detectar COVID-19?
In the past two weeks, have you tested positive for COVID-19 or are you currently being monitored for COVID-19? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. En las últimas dos semanas, ¿tuvo contacto con alguien que dio positivo por COVID-19?
In the past two weeks, have you had contact with anyone who tested positive for COVID-19? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

3. ¿Tiene actualmente o tuvo en las últimas dos semanas fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea?
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?
- Sí No

Preguntas de detección de vacunación

1. ¿Está enfermo hoy (resfrío, fiebre, enfermedad aguda)?
Are you sick today (cold, fever, acute illness)?
- Sí No
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, comida, vacuna o al látex?
Do you have any allergies to medications, food, a vaccine or latex?
- Sí No
3. ¿Tuvo una reacción grave a una vacuna en el pasado?
Have you had a serious reaction to a vaccine in the past?
- Sí No
4. ¿Tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?
Have you ever had Guillain-Barre syndrome?
- Sí No
5. ¿Está embarazada o hay posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?
Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant in the next month?
- Sí No
6. ¿Está amamantando actualmente?
Are you currently breastfeeding?
- Sí No
7. ¿Tiene algún trastorno de coagulación o está tomando anticoagulantes?
Do you have a blood-clotting disorder or are currently taking blood thinners?
- Sí No
8. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo, como una enfermedad cardíaca, pulmonar, hepática, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), anemia u otro trastorno de la sangre?
Do you have a long-term health problem such as heart disease, lung disease, liver disease, asthma, kidney disease, metabolic disease (e.g., diabetes), anemia or other blood disorder?
- Sí No
9. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn u otra condición que le dificulte combatir las infecciones?
Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, Crohn's disease or other condition that makes it hard for you to fight infections?
- Sí No
10. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado o en los últimos 3 meses tomó medicamentos que lo debilitan, como cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o tratamientos de radiación?
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?
- Sí No
11. Durante el último año, ¿recibió una transfusión de sangre o derivados de la sangre o le dieron inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?
During the past year, have you received a transfusion of blood or blood products or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?
- Sí No
12. En las últimas 4 semanas, ¿recibió alguna vacuna o una prueba cutánea de tuberculosis?
In the past 4 weeks, have you received any vaccinations or a TB skin test?
- Sí No
13. ¿Tiene alguna discapacidad?
Do you have a disability?
- Sí No

Me dieron una copia de la Autorización de uso de emergencia (EUA) de COVID-19. Leí, me explicaron y entiendo la información 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 vacunación de Kansas (KSWebIZ) para mí mismo.

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.

Firma del Paciente
Signature of Patient

Fecha
Date

Nombre del paciente en letra de molde
Printed Name of Patient

Fecha de Nacimiento
Date of Birth

Si el paciente es menor de edad: If patient is a minor:

Firma de padre/tutor
Signature of Parent/Guardian

Fecha
Date

Nombre en letra de molde de padre/tutor
Printed Name of Parent/Guardian

Para uso exclusiva de la oficina

For Office Use Only

Vaccine: COVID-19

Route: Intramuscular **Dose:** ____mL

Manufacturer: Moderna Pfizer J&J Other _____

Lot Number: _____

Site: Deltoid Left Right

Expiration Date: _____

Other _____

Administered By: _____
Signature and Title of Vaccine Administrator

Date Given: _____