

COVID Vaccine <5yo/ Vacuna COVID < 5 años

Nombre completo escrito: Primero _____ el medio _____
último _____ Fecha de nacimiento: _____
 Correo Electrónico: _____ No correo electrónico
 Número de teléfono de casa: _____ Celular: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____
 Código Postal: _____ Condado: _____ Estado: _____
 Raza: Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano
 Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico Blanco Otro Desconocido
 Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido
 Género: Masculino Femenino Otro No deseo especificar
 Idioma preferido: Inglés Vietnamita Árabe Francés
 Español Hindi Otro Prefiero no decir

Certifico que puedo dar mi consentimiento para esta vacuna COVID19 contra esta enfermedad transmisible ya que soy el padre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que reciban la vacuna y para que la información demográfica se comparta con el Registro de Inmunización de Carolina del Norte según sea necesario. Recibí una copia de la hoja informativa de autorización de uso de emergencia (códigos QR Moderna en la parte superior, Pfizer en la parte inferior). Reconozco que se me han aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más en casos específicos) después de la administración para observación. Si experimento una reacción severa después de salir de la oficina, llamaré al 911 o iré al hospital más cercano. Autorizo que el pago del seguro privado o Medicare/Medicaid se realice en nombre de mi hijo al proveedor de atención médica autorizado que administra la vacuna por los servicios prestados. Entiendo que mi firma a continuación servirá como "firma en archivo" legal para fines de presentación de reclamos de seguro/Medicaid y pago de beneficios a Sandhills Pediatrics. **LAS VACUNAS COVID**



SON GRATUITAS PARA TODOS, INDEPENDIEMENTE DE SI TIENE SEGURO PRIVADO O DEL GOBIERNO O NO TIENE SEGURO. Si no es un paciente existente de Sandhills Pediatrics, necesitamos una copia de su tarjeta de seguro para que podamos facturar su seguro según lo exige el gobierno (¡Sin costo de bolsillo para usted según la ley federal!) Regístrese en el programa **V-SAFE** en su teléfono inteligente para ayudar a los CDC a monitorear los efectos secundarios y la seguridad - vsafe.cdc.gov

Me gustaría que mi hijo reciba la vacuna COVID de: _____ **Moderna**(2 dosis con 4-8 semanas de diferencia) o _____ **Pfizer** (3 dosis: 1 a 2 dosis con 3 a 8 semanas de diferencia; 2 a 3 con 8 semanas de diferencia)

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre escrito: _____ (La madre/el Padre o tutor debe firmar)

Site of Injection: Right Delt Left delt RAT LAT 1st dose 2nd 3rd Booster **Administration**
 Date: ____/____/____ Time: _____ Moderna(BlueCap) ____ Pfizer (MaroonCap)____
 Lot #: _____ Exp: ____/____/____ Vaccine administered by: _____

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si alguna pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre _____

Edad _____

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de una vacuna contra el COVID-19? • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Otra (Johnson & Johnson) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cuántas dosis de alguna vacuna contra el COVID-19 se ha puesto? _____			
• ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Tiene usted una afección o está recibiendo un tratamiento que lo haga moderada o gravemente inmunodeprimido? <i>(Esto incluiría tratamiento contra el cáncer o el VIH, recepción de un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o tratamiento de altas dosis de corticosteroides, infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T), trasplante de células hematopoyéticas [HCT], síndrome de DiGeorge o síndrome de Wiskott-Aldrich)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido usted un trasplante de células hematopoyéticas (HCT, por sus siglas en inglés) o una infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T) desde que se vacunó contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente: <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos 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"/>
6. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Marque todo lo que corresponda:			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 39 años.			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis			
<input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.			
<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.			
<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (<i>blood thinner</i>).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)			

Formulario revisado por _____ Fecha _____

Adaptado, con reconocimiento, de las listas de verificación de evaluación de la Coalición de Acción para la Vacunación (IAC)