



# VIRGINIA GARCIA Reconocimiento de Recibir Vacuna de COVID-19 (No Paciente)

PO BOX 6149, ALOHA, OREGON 97124

## Esta información es para la persona que recibe la vacuna:

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nacido/da el: \_\_\_\_\_

Apellido(s) Anterior, si tiene: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Esta información ayuda a la Clínica Virginia García para asegurarse de que todos tengan acceso al mismo cuidado de salud:

**Sexo asignado al nacer:**  Masculino  Femenino

**Identidad de Género:**  Masculino  Femenino  Non-Binario  Decido no responder

**Etnicidad (Marque una):**  Hispano o Latino  No Hispano ni Latino

**Raza (marque los que se apliquen):**  Nativo de Alaska  Indio Americano  Asiático  Negro y Afroamericano  
 Hawaiano y de Islas del Pacífico  Blanco  Decido no responder

**Estado de trabajador agrícola:**  Trabajador agrícola migrante  Trabajador agrícola temporal  Ninguno/No se me aplica

**Plan de Salud de Oregon:**  Sí Número de ID: \_\_\_\_\_ (CareOregon, YCCO, Trillium, otro)  No

Lengua de preferencia para recibir información de la salud: _____	Sí	No	No Sé
1. <b>¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?</b>			
• De ser sí, ¿cuál producto de vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro producto			
2. <b>¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?</b> (Alto- no se vacune)			

3. <b>¿Alguna vez tuvo una prueba positiva de COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19?</b>			
a. De ser sí, ¿recibió terapia con anticuerpos en los últimos 90 días? (Alto- no se vacune)			
b. De ser sí, ¿fue positiva su prueba en los últimos 10 días? (Alto- no se vacune)			
4. <b>¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a algo (por ejemplo, anafilaxia)?</b> Por ejemplo, ¿una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o por la que tuvo que ir al hospital?			
5. <b>¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir la vacuna COVID-19?</b> (Alto- no se vacune)			
6. <b>¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?</b>			
7. <b>¿Alguna vez se ha desmayado después de recibir alguna inyección?</b>			
8. <b>¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?</b>			
<input type="checkbox"/> Hoy se siente enfermo, con fiebre, con escalofríos, con tos			
<input type="checkbox"/> Sistema inmunológico debilitado o tomando medicamentos que afectan su sistema inmunológico			
<input type="checkbox"/> Condiciones de hemorragia o está tomando anticoagulantes			
<input type="checkbox"/> Embarazada o amamantando			

01/05/2021 CS321629-E Adaptado con agradecimiento de la lista de verificación de detección de la Coalición de Acción de Inmunización (IAC)

**CONSENTIMIENTO:** He recibido el formulario de Autorización de Uso de Emergencia (EUA, siglas en inglés). He revisado la información proporcionada y me han respondido mis preguntas. Estoy recibiendo la vacuna voluntariamente y sé qué hacer si tuviera efectos secundarios. Entiendo que se requiere que la Clínica Virginia García comparta información sobre la vacuna que me pongan con el registro estatal de vacunas.

For official use only: Vaccine Administration Documentation	
Person administering vaccine (name & credential): _____	Vaccine given: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Another product
Administration time: _____	Administration date: _____ Dose & unit: _____ Lot number: _____
Site: <input type="checkbox"/> Left deltoid <input type="checkbox"/> Right deltoid Other (indicate location) _____	
Route: _____	Vaccine expiration date: _____ EUA version date: _____

# Formulario de consentimiento de los padres o tutores Vacuna Pfizer Covid-19 para personas de 12 a 14 años

Esta información es para la persona que recibe la vacuna:

APELLIDO:

NOMBRE:

FDN:

---

## Autorización de uso de emergencia

La FDA ha hecho que la vacuna COVID-19 de Pfizer esté disponible bajo una autorización de uso de emergencia (AUE). La AUE se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisión que una vacuna aprobada o autorizada por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo una AUE se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y en la totalidad de la evidencia científica disponible, mostrando que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

## Información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer COVID-19

La "Hoja informativa para receptores y cuidadores" de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech (Pfizer) está disponible en <https://www.fda.gov/media/144414/download>.

## Padre o tutor

He revisado la información sobre los riesgos y beneficios de la Vacuna COVID-19 de Pfizer que aparece arriba y entiendo los riesgos y beneficios. Al dar mi consentimiento a continuación, acepto que:

1. He revisado este formulario de consentimiento y entiendo que la "Hoja informativa para receptores y cuidadores" incluye información más detallada sobre los posibles riesgos y beneficios de la Vacuna Pfizer COVID-19.
2. Tengo la autoridad legal para consentir en nombre del niño/menor nombrado arriba a recibir la Vacuna Pfizer COVID-19.
3. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al niño/menor nombrado arriba a su cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el niño/menor recibirá la Vacuna Pfizer COVID-19 esté o no presente en la cita de vacunación.
4. Entiendo que se requiere una segunda dosis de la vacuna Pfizer para completar la serie.
5. He completado el Formulario de Reconocimiento de la Administración de Vacunas de Virginia García para el niño/menor nombrado arriba, y entiendo que estos formularios deben ser completados para ambas dosis de vacunas.

**Doy mi consentimiento** para que el niño/menor nombrado en la parte superior de este formulario sea vacunado con la vacuna Pfizer COVID-19 de dos dosis y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario. El alcance de este consentimiento incluye la administración de la vacuna, la discusión con un proveedor si se solicita, el cuidado y los tratamientos inmediatamente después de la administración según sea necesario (si este consentimiento no está firmado, fechado y devuelto, el niño/menor no será vacunado).

---

Nombre escrito

---

Relación con el menor

---

Firma

---

Fecha

**Aviso:** Según la ley de Oregón, los menores de 15 años o más pueden dar su consentimiento para recibir tratamiento médico, incluidas las vacunas, cuando lo proporciona un médico, un asistente médico, un naturalista, un enfermero o un dentista.