



# Formulario de Detección y Administración de vacunas contra el COVID-19 en Colorado



09/30/2021

Por favor escriba claramente en mayúscula, como en el siguiente ejemplo

E J E M P L O 1 2 3

Por favor conteste todas las preguntas lo más completamente posible.

Utilice solo tinta negra para completar el formulario.

El registro de administración se encuentra en el reverso de este documento.

Continúa en la siguiente página

Provea toda la información que se le solicita de la manera más completa posible. Si está llenando este formulario para su hijo menor, no use apodosos o abreviaturas, salvo cuando esté permitido. Se garantiza la confidencialidad de esta información.

Apellido(s)	Primer nombre	Inicial
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de Nacimiento	Edad (en años)	Número de Teléfono durante el día del Paciente/Representante
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<small>Mes</small> <small>Día</small> <small>Año</small>		

Si es menor de 18 años, indique:	Primer nombre del padre/de la madre	Apellido del padre/de la madre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección	Número de Apartamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ciudad	Condado	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Código postal	Dirección de correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identidad de género

Mujer  
  Hombre  
  Transgénero femenino  
  Transgénero masculino  
  No binaria  
  No binario  
  Sin-especificar  
  Me niego a responder

<b>Etnia</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latin/a/o/x <input type="checkbox"/> Me niego a responder	<b>Raza(s): Marque todo lo que corresponda</b> <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Me niego a responder <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro, Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco
---	---

<b>Información del seguro médico (OPCIONAL-SEGURO NO REQUERIDO PARA VACUNACIÓN)</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente <input type="checkbox"/> Otro privado <input type="checkbox"/> Sin seguro	<b>Número de póliza del seguro médico</b> <input type="text"/>
---	---

Si usted o su hijo/a ya se vacunaron contra el COVID-19, díganos qué vacuna se aplicó, la cantidad de dosis y las fechas de vacunación.

Dosis 1: ¿Marca? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? (Fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dosis 2: ¿Marca? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? (Fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Preguntas sobre exámenes de salud		Si	No	No se
1.	¿Está usted (o su hijo/a) enfermo hoy o tiene fiebre?			
2.	¿Tuvo usted (o su hijo/a) una reacción alérgica al potisorbato, polietilenglicol o a una dosis previa de la vacuna COVID-19?			
3.	¿Tuvo usted (o su hijo/a) alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a otra vacuna o alguna lesión?			
4.	¿Tuvo usted (o su hijo/a) una reacción alérgica grave (anafilaxia) a los alimentos, las mascotas, venenos, elementos del medioambiente o medicamentos de ingesta oral?			
5.	¿Tiene usted (o su hijo/a) un trastorno hemorrágico o está bajo un tratamiento prolongado con aspirina o toma otros anticoagulantes?			
6.	¿Tuvo usted (o su hijo/a) alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) después de haberse vacunado?			
7.	¿Recibió usted (o su hijo/a) plasma convaleciente o anticuerpos monoclonales como parte del tratamiento contra el COVID-19 en los últimos 3 meses?			
8.	¿Recibió algún relleno dérmico? (Juvaderm®, Restylane®, etc.)? (solo atañe a las vacunas de ARNm)			
9.	¿Tiene antecedentes de coágulos de sangre o factores de riesgo para desarrollar coágulos de sangre? (solo atañe a la vacuna Janssen y mujeres entre 18 a 49 años)			
10.	¿Tiene usted (o su hijo/a) antecedentes de miocarditis o pericarditis? (atañe especialmente a hombres de 12 a 29 años después de recibir una dosis de una vacuna ARNm)			
11.	¿Tiene usted (o su hijo/a) antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)?			
12.	¿Tiene usted (o su hijo/a) antecedentes del síndrome inflamatorio multisistémico conocido como MIS-C (en niños) o MIS-A (en adultos) después de una infección por COVID-19?			
13.	¿Tiene usted (o su hijo/a) un sistema inmunológico debilitado? (consulte la sección sobre la dosis adicional en la siguiente página)			
14.	¿Tiene usted (adulto de entre 18 y 64 años) un problema de salud subyacente que aumenta el riesgo de que se enferme de gravedad a causa del COVID-19? (consulte la sección sobre la dosis de refuerzo)			
15.	¿Corre usted (adulto de entre 18 y 64 años) un riesgo mayor de contraer el COVID-19 a causa de su lugar de trabajo o la ubicación de su domicilio? (consulte la sección sobre la dosis de refuerzo)			

Apellido(s)

Nombre

Inicial

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

Fecha de Nacimiento

		/			/				
Mes			Día			Año			

Dosis 1  2  3

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:**

He leído (o me han explicado) la Autorización de Uso Emergencia para el uso de la vacuna contra el COVID-19 y entiendo los riesgos y beneficios inherentes a recibir esta vacuna para mi o para mi hijo/a. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y estas fueron respondidas satisfactoriamente. Por la presente libero a este proveedor, a sus trabajadores y voluntarios de cualquier responsabilidad legal por cualquier resultado que pueda ocurrir por la administración de esta vacuna.

Firma del Paciente, Padre/Madre/

Tutor legal/Poder notarial médico duradero: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DETÉNGASE: NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - SOLO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA**

COVID/VFC PIN <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Provider Type <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Private	Clinic Name <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Provider Name <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
Manufacturer <input type="checkbox"/> PFR (Pfizer) <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Janssen	Lot Number <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Dosage <input type="checkbox"/> 0.3 ml <input type="checkbox"/> 0.5 ml	Site <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> RT	Date Administered <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>M</td><td>M</td><td></td><td>D</td><td>D</td><td></td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			/			/															M	M		D	D		Y	Y	Y	Y										
		/			/																																																											
M	M		D	D		Y	Y	Y	Y																																																							
Administered by: Name _____ Title _____																																																																

**ADDITIONAL DOSE INFORMATION**

Currently, CDC is recommending that moderately to severely immunocompromised people receive an **additional dose**. **Applies to: Pfizer vaccine - age 12 and over; Moderna vaccine-ages 18 and over at this time. Effective 8/13/2021 for those who have:**

- Been receiving active cancer treatment for tumors or cancers of the blood
- Received an organ transplant and are taking medicine to suppress the immune system
- Received a stem cell transplant within the last 2 years or are taking medicine to suppress the immune system
- Moderate or severe primary immunodeficiency (such as DiGeorge syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome)
- Advanced or untreated HIV infection
- Active treatment with high-dose corticosteroids or other drugs that may suppress immune response ((i.e., ≥20mg prednisone or equivalent per day), alkylating agents, antimetabolites, transplant-related immunosuppressive drugs, cancer chemotherapeutic agents classified as severely immunosuppressive, tumor-necrosis (TNF) blockers, and other biologic agents that are immunosuppressive or immunomodulatory).
- The additional mRNA COVID-19 vaccine dose *should be the same vaccine product as the initial 2-dose mRNA COVID-19 primary vaccine series* (Pfizer-BioNTech or Moderna).
- If the mRNA COVID-19 vaccine product given for the first two doses is not available, the other mRNA COVID-19 vaccine product may be administered. A person should not receive more than three mRNA COVID-19 vaccine doses.
- Until additional data are available, the additional dose of an mRNA COVID-19 vaccine should be administered at least 28 days after completion of the initial 2-dose mRNA COVID-19 vaccine series, based on expert opinion.
- Currently there are insufficient data to support the use of an additional mRNA COVID-19 vaccine dose after a single-dose Janssen COVID-19 vaccination series in immunocompromised people. FDA and CDC are actively working to provide guidance on this issue.

**BOOSTER DOSE INFORMATION**

Currently, CDC is recommending that the following people receive a booster dose at least 6 months after completion of Pfizer primary series. **Applies to Pfizer ONLY. Effective 9/24/21 for:**

- people 65 years and older and residents in long-term care settings **should** receive a booster shot of Pfizer-BioNTech's COVID-19 vaccine at least 6 months after their Pfizer-BioNTech primary series,
- people aged 50-64 years with underlying medical conditions **should** receive a booster shot of Pfizer-BioNTech's COVID-19 vaccine at least 6 months after their Pfizer-BioNTech primary series,
- people aged 18-49 years with underlying medical conditions **may** receive a booster shot of Pfizer-BioNTech's COVID-19 vaccine at least 6 months after their Pfizer-BioNTech primary series, based on their individual benefits and risks, and
- people aged 18-64 years who are at increased risk for COVID-19 exposure and transmission because of occupational or institutional setting **may** receive a booster shot of Pfizer-BioNTech's COVID-19 vaccine at least 6 months after their Pfizer-BioNTech primary series, based on their individual benefits and risks.