

**Formulario de consentimiento y detección de
inmunización contra Covid-19
Para niños de 5 a 11 años**



165 Nutt Rd Phoenixville, PA 19460
Teléfono: 610-933-2609 · Fax: 610-933-3654
TheGatewayPharmacy.com

| Información del receptor de la vacuna | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Nombre del Recipiente | Apellido: | Primer Nombre: | Inicial Media: | |
| Fecha de nacimiento: | | Idioma preferido: | | |
| Género | | Número de teléfono: | | |
| Nombre del padre/tutor/sustituto: <i>(si corresponde, por favor imprima)</i> | | Dirección de correo electrónico: | | |
| Dirección: | | | Apartamento/Unidad: | |
| Ciudad: | | Estado: | Código postal: | |
| Por favor, responda a las siguientes encierra en un círculo tu respuesta | | | | |
| Origen étnico: | Origen No Hispano | Origen Hispano | Desconocido | Declinado |
| Raza: | Asiático | Afroamericano o Negro | Blanco | Otro o Multirracial |
| | Nativo Americano o Nativo de Alaska | | Hawaiano o Isleño del Pacífico | Rechazado |
| Cuestionario de salud | | | | |
| 1. | ¿Su hijo se siente enfermo hoy? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 2. | En los últimos 10 días, ¿su hijo se ha hecho una prueba de COVID-19 o un proveedor de atención médica o departamento de salud le ha dicho que se aísle o se ponga en cuarentena en casa debido a la infección o exposición a COVID-19? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 3. | ¿Su hijo ha tenido miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación del revestimiento fuera del corazón)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 4. | ¿Su hijo lleva un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tiene alergias o reacciones a cualquier medicamento, alimento, vacuna o látex? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 5. | ¿Su hijo ha tenido alguna reacción alérgica después de una vacuna contra el COVID-19? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 6. | ¿Ha tenido su hijo alguna reacción alérgica después de recibir otra vacuna o medicamento inyectable? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 7. | ¿Su hijo ha tenido alguna reacción alérgica después de recibir polietilenglicol o polisorbato? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 8. | ¿Su hijo está inmunocomprometido o está tomando medicamentos que afectan la inmunidad? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 9. | ¿Su hijo tiene un trastorno hemorrágico o está en un anticoagulante? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 10. | ¿Su hijo tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré O síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 11. | ¿Su hijo tiene antecedentes de un síndrome inmunomediado caracterizado por trombosis (coágulos sanguíneos anormales) y trombocitopenia (plaquetas bajas), como trombocitopenia inducida por heparina (TIP)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Desconocido |

Autorización de uso de emergencia

La Administración Federal de Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia(EUA). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias para justificar 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 un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo una EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y la cantidad de evidencia científica disponible, que muestra que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna generalmente superan los riesgos conocidos y potenciales.

Autorización y consentimiento

CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN: Me han proporcionado y he leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre la vacuna contra el COVID-19. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción (y me aseguré de que la persona nombrada anteriormente para quien soy tutor también tuvo la oportunidad de hacer preguntas). Entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación tal como se describe. Solicito que me administren la vacuna contra el COVID-19 (o a la persona nombrada anteriormente de quien soy tutor). Por la presente, libero y descargo para siempre y exolo de responsabilidad a Gateway Pharmacy, sus funcionarios, empleados, agentes y / o cesionarios (en adelante: Liberaciones), de cualquier responsabilidad, reclamo, demanda y / o causa de acción, ya sea en derecho o en equidad, que pueda en lo sucesivo, surjan de mi recepción de la vacuna COVID-19 con respecto a cualquier lesión corporal (incluidas, entre otras, posibles reacciones alérgicas e infecciones) u otra lesión, incluida cualquier lesión mental, enfermedad, muerte o daño a la propiedad que pueda resultar. Entiendo que los Liberados no asumen ninguna responsabilidad u obligación de proporcionar asistencia financiera u otra asistencia, incluidos, entre otros, seguros médicos, de salud o de discapacidad en caso de lesiones, enfermedades, muerte o daños a la propiedad, a menos que se rijan e interpreten expresamente de acuerdo con las leyes del Estado de Pensilvania. Acepto que en el caso de que cualquier cláusula o disposición de este Comunicado sea considerada inválida por cualquier tribunal de jurisdicción competente, la invalidez de dicha cláusula o disposición no afectará las disposiciones restantes de este Consentimiento y Liberación.

CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD DE HIPAA: He leído el Consentimiento y Liberación anteriores y entiendo sus disposiciones. Entiendo que la participación en este programa de vacunación contra el COVID-19 es completamente voluntaria y no es obligatoria. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna y solicito que se me administre la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente para quien soy el tutor legal. Entiendo que no habrá ningún costo para mí por esta vacuna. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por administrar la vacuna será asignado y transferido al proveedor de vacunación, incluidos los beneficios / dinero de mi plan de seguro de salud, Medicare, Medicaid u otros terceros que son financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidos, entre otros, registros médicos, copias de reclamos y facturas detalladas) para verificar el pago y según sea necesario para otros fines de salud pública, incluidos los informes a los registros de vacunas aplicables. Por la presente, libre y voluntariamente, sin coacción, ejecuto este Consentimiento y Liberación bajo los términos escritos anteriores.

| | | |
|----------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|
| Firma: <i>Recipiente/Sustituto/Tutor legal</i> | | Fecha: |
| Imprimir Nombre: | | Relación con el paciente: <i>Si no es el recipiente</i> |

NO complete esta sección. Va ser completado por vacunador

Which vaccine is the patient receiving today?

| Vaccine Name | Administration | EUA Fact Sheet Date | Manufacturer & Lot Number |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Pfizer/BioNTech | <input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Second Dose | | |
| | | | |
| | | | |
| Admin Site: | <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Thigh <input type="checkbox"/> Right Thigh | | |
| Dosage: | <input type="checkbox"/> 0.2 mL | | |

I hereby attest by my signature that the patient (or guardian of patient) in question has been provided access to and explained the Vaccine Information Statement and appropriate immunization schedules and has given verbal and written consent for vaccination.

I have reviewed side effects with patient (and parent, guardian or surrogate, as applicable)

I confirm that the patient (and their surrogate, if applicable) was given an opportunity to ask questions about the vaccination, and all the questions asked by them (and/or their surrogate) have been answered correctly and to the best of my ability.

| | | |
|----------------------------------|--|--------------|
| Administration Signature: | | Date: |
|----------------------------------|--|--------------|