



Consentimiento para administrar vacuna contra COVID-19

Cincinnati Children's Hospital Medical Center ofrecerá una vacuna contra COVID-19 en 2 dosis para estudiantes de 12 años de edad en adelante.

COMPLETE ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE SI AUTORIZA QUE SU HIJO(A) RECIBA UNA 1ª Y 2ª DOSIS DE LA VACUNA CONTRA COVID-19

NOMBRE DE LA ESCUELA:				GRADO/SALÓN:	
ESCRIBA LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE EN LETRA DE MOLDE					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE (apellido, nombre)				N.º de registro médico/Control:	
Fecha de nacimiento:	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	Padre, madre o principal persona a cargo (si no es el paciente):		
Raza: <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Prefiere no divulgar <input type="checkbox"/> No sabe					
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Condado:	Código postal:
Teléfono del hogar:		Teléfono alternativo/celular:		Correo electrónico:	
CONTACTO DE EMERGENCIA:					
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____					
¿Podemos dejar mensajes en su contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
PREGUNTAS DE EVALUACIÓN PREVIA:					
1. ¿El niño o niña tuvo un resultado positivo de COVID-19 en los últimos 10 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
2. ¿El niño o niña tiene alguno de los siguientes síntomas nuevos o empeorando: tos, vómitos, diarrea, fiebre, pérdida súbita del olfato, pérdida súbita del gusto, dolor de garganta o goteo nasal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
3. ¿El niño o niña está actualmente en cuarentena indicada por el departamento de salud (incluidas las notificaciones por medio de la escuela/guardería/lugar de trabajo) por exposición a COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
4. ¿El niño o niña recibió tratamiento de anticuerpos o plasma administrado con una jeringa en una vena contra COVID-19 en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
5. ¿El niño o niña ha tenido alguna reacción alérgica severa por una vacuna o después de la administración de un medicamento con una jeringa o en una vena que le haya causado dificultades para respirar, el uso de un Epi-Pen o tratamiento médico de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
6. ¿El niño o niña recibió alguna vacuna en los últimos 14 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
7. ¿El niño o niña recibió la primera dosis de la vacuna contra COVID? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "Sí", ¿cuándo y dónde?					
Dónde _____ Cuándo _____					
Si respondió "Sí" a las preguntas 1, 2, 3, 4 o 6, no se permitirá al niño o niña recibir la vacuna contra COVID en este momento. Comuníquese con su médico de cabecera para determinar cuándo la puede recibir.					
Si respondió "Sí" a la pregunta 5, programe su vacuna en Cincinnati Children's Hospital o con su médico de cabecera. Puede programar una cita visitando https://www.cincinnatichildrens.org/patients/coronavirus-information/vaccines/schedule (en inglés).					

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE EMERGENCIA DE LA VACUNA DE PFIZER-BIONTECH CONTRA COVID-19 PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN PERSONAS DE 12 AÑOS EN ADELANTE

Le están ofreciendo la vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19 para prevenir la enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) causada por SARS-CoV-2. Esta hoja de datos contiene información que le ayudará a entender los riesgos y beneficios de la vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19, que puede recibir porque actualmente hay una pandemia de la enfermedad.

La vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19 puede prevenir que contraiga COVID-19. No existe una vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) para prevenir el COVID-19. La vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19 se administra en 2 dosis, con 3 semanas de distancia, en el músculo. La vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19 podría no proteger a todos.

¿QUIÉNES DEBEN RECIBIR LA VACUNA DE PFIZER-BIONTECH CONTRA COVID-19?

La FDA autorizó el uso de emergencia de la vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19 en personas de 16 años de edad en adelante.

¿QUIÉNES NO DEBEN RECIBIR LA VACUNA DE PFIZER-BIONTECH CONTRA COVID-19?

No puede recibir la vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19 si:

- tuvo una reacción alérgica grave después de una dosis anterior de esta vacuna
- tuvo una reacción alérgica grave a cualquiera de los ingredientes de esta vacuna

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA DE PFIZER-BIONTECH CONTRA COVID-19?

En un ensayo clínico que continúa en curso, la vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19 demostró prevenir el COVID-19 tras 2 dosis administradas con 3 semanas de diferencia. Actualmente se desconoce la duración de la protección contra el COVID-19.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA DE PFIZER-BIONTECH CONTRA COVID-19?

Existe una probabilidad remota de que la vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19 cause una reacción alérgica grave. Las reacciones alérgicas graves suelen darse entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19. Por este motivo, su proveedor de vacunación podría solicitarle que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para control después de la vacunación. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir:

- Dificultades para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, ritmo cardíaco acelerado, una erupción severa en todo el cuerpo, mareos y debilidad

Los efectos secundarios que se han reportado con la vacuna de Pfizer-BioNTech contra COVID-19 incluyen:

- reacciones alérgicas graves, reacciones alérgicas sin gravedad como erupción, picazón, ronchas o hinchazón del rostro, dolor en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, hinchazón o enrojecimiento en el sitio de la inyección, náuseas, sensación de malestar, ganglios linfáticos inflamados (linfadenopatía), diarrea, vómitos y dolor en el brazo

Aceptación: *Acepto y acuerdo haber leído y comprendido las declaraciones incluidas en este formulario y que se respondieron todas mis preguntas. Me informaron sobre el objetivo de la vacuna contra COVID-19, los riesgos y los beneficios potenciales. Doy mi consentimiento en forma voluntaria y autorizo a Cincinnati Children's Hospital Medical Center a administrarle la vacuna contra COVID a mi hijo(a). La segunda dosis se debe administrar 21 días después de recibir la primera. Su hijo(a) recibirá la segunda dosis en el mismo lugar donde recibió la primera.*

Firma del padre, madre o persona primaria a cargo: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde del padre, madre o persona a cargo: _____ Celular: _____