

## Acuse de recibo del paciente de la vacuna contra la COVID-19

Nombre del paciente (apellido, nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
(Se utilizará esta información para comunicarnos con usted para recordarle su segunda dosis).

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

### La información recopilada en esta sección ayuda a garantizar que brindemos una atención equitativa y enfocada en el paciente:

Sexo indicado al nacer (marque uno):

Masculino:  Femenino:

Identidad de género (marque una):

Masculino:  Femenino:  No binario  No especificado/indeterminado:

Identidad étnica (marque una):

Hispano o latino (por ejemplo, español, mexicano, puertorriqueño, cubano, etc.)  No hispano (una persona que no es de cultura u origen español)

Raza: (Marque todas las que corresponden):

|  |   |   |
|--|---|---|
| Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> | Asiático <input type="checkbox"/>                           | Hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> |
| Blanco <input type="checkbox"/>                | Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> |   |

### Información del seguro:

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ ¿Es el titular de la tarjeta principal? S N

Si no es así, ¿cuál es el nombre del titular de la tarjeta principal y la fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_

Identificación del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Identificación del grupo Rx: \_\_\_\_\_

BIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_

¿Es usted apto para recibir Medicare? S N Si es así, indique el número de la Parte A/B de Medicare: \_\_\_\_\_

Si no está asegurado y no desea pagar usted mismo la administración de la vacuna, debe proporcionar la siguiente información. Si no proporciona esta información, se le puede facturar por la administración de la vacuna.

*No tengo ningún seguro, incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier otro plan de beneficios de salud privado o financiado por el gobierno. Para que el programa COVID-19 de la Administración de Recursos y Servicios de Salud de los Estados Unidos pague la tarifa de administración de la vacuna para pacientes sin seguro, proporcione (a) un número de seguro social válido o (b) el número de identificación del estado y el estado de emisión o (c) un número de licencia de conducir y el estado de emisión: \_\_\_\_\_*

### Acuses de recibo:

- Decidí recibir la vacuna de COVID-19 por mi cuenta y voluntariamente. Sé que tengo la opción de rechazar la vacuna. Pido que se me administre la vacuna a mí o a la persona mencionada anteriormente por quien puedo hacer esta solicitud. Recibí la (hoja informativa para receptores de la vacuna y cuidadores) para esta vacuna. La hoja informativa tiene información sobre los efectos secundarios y las reacciones adversas. Leí o me leyeron la información proporcionada sobre la vacuna de COVID-19.
- Sé que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) ha autorizado el uso de la vacuna en casos de emergencia. Sé que no es una vacuna completamente autorizada por la FDA. Tuve la posibilidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Ahora estoy informado sobre la vacuna, las alternativas, los beneficios y los riesgos, en la medida en que se conocen y se desconocen en este momento.

- Sé que debo quedarme en el área de vacunación o en un área que mi proveedor de atención médica indique después de recibir mi vacuna para así estar cerca de él o ella si tengo alguna reacción adversa. Si tengo un antecedente de ciertas reacciones alérgicas, debo quedarme por 30 minutos. Si no tengo un antecedente de dichas reacciones alérgicas, debo quedarme por 15 minutos.
- Sé que si tengo una reacción alérgica grave, entre ellas, dificultad para respirar, hinchazón en mi cara o garganta, ritmo cardíaco rápido, erupción cutánea grave en todo el cuerpo o mareos y debilidad, debo llamar al 9-1-1 o acudir al hospital más cercano. Sé que puedo llamar a mi proveedor de atención médica si tengo algún efecto secundario que me molesta o no se va.
- Se me pidió unirme al programa V-SAFE. El programa hace controles de salud a las personas que reciben la vacuna contra la COVID-19. Sé que debo informar los efectos secundarios de la vacuna a la FDA/CDC, Sistema para Reportar Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) al 1-800-822-7967 o <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>.
- Sé que debo recibir dos dosis de la vacuna contra la COVID-19 y recibir la misma vacuna cada vez. Sé que no hay certeza de que al recibir todas las vacunas me volveré inmune (no contraer el virus) o que no tendré efectos secundarios. Sé que puedo decidir no recibir la segunda dosis de la vacuna. Sin embargo, si no recibo la segunda dosis, la probabilidad de que me vuelva inmune puede disminuir.

**Autorización para solicitar el pago:** Autorizo a la organización que proporciona mi vacuna para que divulgue información y solicite el pago. Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago de Medicare o Medicaid o del Programa de HRSA de COVID-19 para pacientes sin seguro es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros para proceder con esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

**Divulgación de registros:** entiendo que la organización que proporciona mi vacuna puede estar obligada o puede divulgar voluntariamente mi información médica relacionada con la vacuna a mi médico de atención primaria, mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y registros estatales o federales u otras autoridades de salud pública, para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que la organización que proporciona mi vacuna utilizará y divulgará mi información de salud tal como se indica en su Aviso de prácticas de privacidad que puedo recibir con previa solicitud o encontrar en su sitio web. Si soy empleado de Samaritan Healthcare, entiendo que mantendrá los registros de esta vacuna para mí en el sistema EPIC y que puede mantener los registros de mi vacuna en los registros de salud ocupacional del empleado de Samaritan Healthcare, en la medida que la ley lo requiera o permita.

Firma del paciente (o padre/madre/tutor/representante autorizado): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, la madre, el tutor o el representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma en nombre del paciente, confirma que está autorizado para tomar las decisiones necesarias en nombre del paciente.

Todas las siguientes secciones son solo para uso oficial:

| <b>Información sobre la administración de vacunas para la inmunización:</b>   |                                  |
|---|----------------------------------|
| Fecha de la administración: _____   | Hora de la administración: _____ |
| CVX (Producto): _____   |                                  |
| Cantidad de dosis: _____  |                                  |
| Identificación del receptor del IIS: _____  |                                  |
| Identificación del evento de vacunación del IIS: _____  |                                  |
| Número de lote: _____   |                                  |
| Unidad de uso MVX (fabricante): _____   |                                  |
| Organización de envío: _____  |                                  |
| Sufijo del proveedor que administra la vacuna: _____  |                                  |
| Lugar de administración de la vacuna en el cuerpo: Deltoide izquierdo <input type="checkbox"/> Deltoide derecho <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (indique la ubicación) _____ |                                  |
| Fecha de caducidad de la vacuna: _____  |                                  |
| Ruta de administración de la vacuna: _____  |                                  |
| Serie de vacunación completa (fecha): _____   |                                  |
| Fecha de la versión de la hoja informativa para los receptores de la vacuna y cuidadores: _____   |                                  |

# Lista de verificación previa a la administración de vacunas contra la COVID-19



## Para los receptores de la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe alguna razón por la cual no debería recibir la vacuna contra la COVID-19 el día de hoy. **Si su respuesta a cualquiera de estas preguntas es "sí", esto no necesariamente significa que no deba vacunarse.** Solo significa que es posible que le hagan preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

|   | Sí | No | No sé |
|---|----|----|-------|
| 1. ¿Se siente mal hoy?  |    |    |       |
| 2. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna contra la COVID-19?   |    |    |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si su respuesta es sí, ¿cuál vacuna?                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pfizer</li> <li><input type="checkbox"/> Moderna</li> <li><input type="checkbox"/> Otro producto _____</li> </ul> </li> </ul> |    |    |       |
| 3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿ha tenido una reacción por la cual haya recibido tratamiento con epinefrina o con una EpiPen®, o por la cual haya tenido que acudir al hospital?  |    |    |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿La reacción alérgica grave se dio después de recibir una vacuna contra la COVID-19?</li> <li>• ¿La reacción alérgica grave se dio después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?</li> </ul>  |    |    |       |
| 4. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para la COVID-19?  |    |    |       |
| 5. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?   |    |    |       |
| 6. ¿Ha tenido un resultado positivo a una prueba de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19?   |    |    |       |
| 7. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado como consecuencia de algo como infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o recibe terapias inmunosupresoras?   |    |    |       |
| 8. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma algún anticoagulante?  |    |    |       |
| 9. ¿Está embarazada o amamantando?  |    |    |       |

Formulario revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

Notas sobre este formulario:

- **Este formulario solo debe proporcionarse a un paciente si va acompañado de la Hoja informativa para receptores de la vacuna y cuidadores.**
  - **Moderna:** <https://www.fda.gov/media/144638/download>
  - **Pfizer BioNTech** <https://www.cvdvaccine.com/>
- Solo los médicos clínicos expertos en los materiales educativos para proveedores de los CDC deben utilizar este formulario ya que pueden asesorar a los pacientes que responden “sí” a las preguntas de evaluación o hacer derivaciones para asesoramiento a esos pacientes. Consulte aquí para obtener información adicional:
  - Lista completa de verificación previa a la administración de la vacuna de los CDC con información para profesionales de atención médica: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/pre-vaccination-screening-form.pdf>
  - Consideraciones clínicas provisionales para el uso de vacunas de ARNm contra el COVID-19 con autorización actual en los Estados Unidos: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>
- Este formulario está diseñado para ser un recurso. No es un formulario obligatorio.
- Este formulario se elaboró en base a la mejor información disponible en el momento de su creación. No se garantiza su precisión. Las organizaciones y las personas que eligen usar este formulario deben hacerlo consultando con sus propios médicos y abogados.
- Este formulario está sujeto a actualizaciones sin previo aviso.
- Para mayor facilidad, algunos elementos en este formulario pueden estar pregrabados en registros médicos electrónicos u otras bases de datos.
- Recursos utilizados en la elaboración de este formulario:
  - Programas de capacitación de vacunas de COVID-19 y materiales de referencia para profesionales de atención médica para obtener información sobre las preguntas de evaluación y la *Hoja informativa para receptores de la vacuna y cuidadores* <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/COVID-19-Clinical-Training-and-Resources-for-HCPs.pdf>
  - Información sobre la vacuna de los CDC:
    - Pfizer BioNTech: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/pfizer/index.html>
    - Moderna: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/moderna/index.html>
  - Programa V-Safe: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>
  - Instructivo de comunicación sobre la vacuna contra la COVID-19: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/health-systems-communication-toolkit.html>
  - Plan de vacunación contra la COVID-19 del estado de Washington para los requisitos de información de la vacuna. <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/WA-COVID-19-Vaccination-Plan.pdf>
  - Para información demográfica:
    - Manual de CHARS del estado de Washington: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CHARSManual-UB04-5010.pdf>
    - Buenas prácticas de recopilación de datos sobre raza, identidad étnica, idioma: [http://forces4quality.org/af4q/download-document/6011/Resource-validated\\_final\\_rel\\_data\\_collection\\_best\\_practice\\_guidelines\\_updated\\_11-28.pdf](http://forces4quality.org/af4q/download-document/6011/Resource-validated_final_rel_data_collection_best_practice_guidelines_updated_11-28.pdf)
    - Recopilación de información sobre orientación sexual e identidad de género: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/collecting-sexual-orientation.html>