

Llene los formularios de su hijo: Paso a paso



Por favor llene todas las páginas de los formularios de su hijo. Asegúrese de que los formularios estén completos y sean precisos. Esta guía le ayudará a responder a sus preguntas.

Página 1

Página 2

Página 3

Página 4

1. Escriba el apellido y el nombre de su hijo. Utilice la ortografía y los nombres que coincidan con sus documentos legales. Si su hijo tiene varios apellidos, incluya todos ellos. Esto nos ayudará a encontrar sus registros en el futuro.

Página 1

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre y teléfono del contacto de emergencia: _____

2. Si su hijo recibió la vacuna contra el COVID-19 en otro país, marque "sí".

Página 1

¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Sí No

Si es así ¿qué producto? Pfizer Moderna Janssen (Johnson & Johnson) Otro

¿Está aquí hoy para recibir una dosis adicional de la vacuna después de haber completado 2 dosis de Pfizer o Moderna? Sí No





3. Para la mayoría de estas preguntas, su hijo debe ser vacunado igualmente si responde "sí". Si responde "sí", la enfermera le hará más preguntas en la clínica.

	Sí	No
1. ¿Tiene usted un trastorno de sangrado o está tomando un anticoagulante distinto a la aspirina? (Para las respuestas afirmativas, el vacunador mantendrá la presión en el brazo después de la inyección)		
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, al medio ambiente o a medicamentos orales. (Para las respuestas afirmativas, se requieren 30 minutos de observación)		
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Para las respuestas afirmativas, se requieren 30 minutos de observación)		
Las respuestas afirmativas a las preguntas que figuran a continuación serán discutidas con uno de los enfermeros registrados en el centro de vacunación según el protocolo de enfermería de BRN.		
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los siguientes? <ul style="list-style-type: none"> • La dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19 • Componente de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia. • Polisorbato (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hiciera ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurriera dentro de las 4 horas y que causara urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias o chillido respiratorio).		
5. En los últimos 3 meses, ¿se ha sometido a un trasplante de células madre o de médula ósea o a una terapia celular (terapia de células T con CAR)?		
6. ¿Se está sometiendo a quimioterapia por leucemia aguda?		
7. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero para convalecientes) como tratamiento para el COVID-19 en los últimos 90 días?		

¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los siguientes?

- **Dosis previa de la vacuna contra el COVID-19**
- **Componente de la vacuna contra el COVID-19, incluido el polisorbato o el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como los laxantes y los preparados para procedimientos de colonoscopia**

Estas reacciones alérgicas son muy raras. Esto no incluye las reacciones alérgicas a los alimentos, a los animales domésticos, a la picadura de abeja o a otras vacunas. Esta pregunta sólo se refiere a si su hijo ha tenido alguna vez una reacción alérgica a partes de la vacuna contra el COVID-19.

Responda "sí" si su hijo tuvo una reacción alérgica grave (como anafilaxia) a una parte de la vacuna contra el COVID-19. Esto incluye urticaria, hinchazón o problemas para respirar, incluyendo sibilancias en un plazo de 4 horas.



Llene los formularios de su hijo: Paso a paso



¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a otro medicamento inyectable?

Si su respuesta es "sí", su hijo puede seguir siendo vacunado. Los antecedentes de reacción alérgica en un plazo de 4 horas a cualquier otra vacuna alertarán al personal de la clínica para que sea más precavido. Su hijo tendrá que esperar 30 minutos después de la vacunación en el raro caso de que se produzca una reacción alérgica.

¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algo? Esto incluiría alergias alimentarias, a animales domésticos, al medio ambiente o a medicamentos orales.

Si su respuesta es "sí", su hijo puede seguir siendo vacunado. Una reacción alérgica grave significa que su hijo tuvo problemas para respirar, necesitó un EpiPen o fue al hospital debido a la reacción alérgica. No es necesario que marque "sí" si su hijo tiene los ojos llorosos o la nariz congestionada cuando está cerca de alimentos, animales o polen.

¿Ha recibido terapia de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para el COVID-19 en los últimos 90 días?

Si su hijo estuvo enfermo de COVID-19 y recibió tratamiento con anticuerpos monoclonales, espere 90 días antes de vacunarle.

¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando algún anticoagulante que no sea Aspirina?

Si su hijo tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante, puede seguir siendo vacunado. En este caso, el vacunador utilizará una aguja más fina. Esta aguja especial sólo es necesaria si su hijo tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante. Su hijo no debe dejar de tomar Aspirina ni ningún anticoagulante antes de la vacunación.

En los últimos 3 meses, ¿se ha sometido a un trasplante de células madre/médula ósea o a una terapia celular (terapia de células T CAR)?

Los pacientes que se han sometido a una terapia de células T o han recibido un trasplante de células madre o de médula ósea pueden estar inmunocomprometidos. Esto los hace más propensos a contraer COVID-19. Se recomienda encarecidamente que esos pacientes se vacunen. Hable con el médico de su hijo acerca de una tercera dosis si esto es así.

¿Se está sometiendo a quimioterapia por leucemia aguda?

Al igual que los pacientes que se han sometido a la terapia de células T, los niños con leucemia que están recibiendo quimioterapia de forma activa tienen sistemas inmunitarios más débiles y corren más riesgo de contraer el virus de COVID-19. Es muy recomendable que estos niños se vacunen. Hable con el médico de su hijo acerca de una tercera dosis si esto se aplica.

Llene los formularios de su hijo: Paso a paso



- 4.** El formulario de consentimiento dice que usted entiende que su hijo recibirá la vacuna contra el COVID-19 y que se introducirá un registro digital de su vacuna en el Registro de Inmunización de California (CAIR). Si esta es la primera dosis de su hijo, también dice que usted entiende que su hijo tendrá que volver para una segunda dosis con el fin de ser completamente inmunizado. Los códigos QR en la parte inferior de la página lo conectan con más información sobre las vacunas en línea.

Página 2

COUNTY OF SANTA CLARA Health System [Patient Sicker Demographics]
CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19
 El Condado de Santa Clara está ofreciendo la vacunación contra el COVID-19 a las personas que cumplen con los criterios del Estado de California para la vacunación. La vacunación es gratuita y no se requiere un seguro médico. Sin embargo, si usted tiene un seguro médico que cubre esta servicio, se seguirá pagando por el mismo.
CONSENTIMIENTO
 Se me ha proporcionado y he leído o se me ha explicado la Hoja Informativa para la vacuna contra el COVID-19 que estoy considerando si o no es el representante legal, la persona a la que represento está considerando. He leído la oportunidad de hacer preguntas, que han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna contra el COVID-19 y sé que se me administrará la vacuna si así lo desea la persona de la que soy representante legal. Entiendo que mi vacuna será registrada en el Registro de Inmunización de California (CAIR) local, lo que permitirá la atención coordinada entre mis proveedores de atención médica.
CESIÓN DE SEGURO / BENEFICIOS MÉDICOS
 Cede y transfiere irrevocablemente al Condado todos los derechos, beneficios y cualquier otro interés en relación con cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud u otro fuente de pago por su atención. Esta cesión incluye asignar y autorizar el pago directo al Condado de todos los beneficios del seguro y de plan de salud pagaderos por este servicio ambulatorio, a una tarifa que no exceda los cargos enumerados en los papeles de descripción de cargos. Estoy de acuerdo en que el pago del asegurador o del plan de salud del Condado de acuerdo con esta autorización, liberará mi obligación en la medida de dicho pago. Estoy de acuerdo en cooperar con el Condado y tomar todas las pasos razonablemente solicitados por el Condado para perfeccionar, confirmar o validar esta cesión.
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
 Por la presente reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (SCCHS). Nuestro NPP le brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica o información protegida de salud (PHI). Nuestro NPP está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestra política, publicaremos la versión revisada en nuestra instalaciones y en nuestro sitio web <https://www.sccmc.org/Info/Privacy/0111000/2019-2020/Privacy%20Notice%20-%20Spanish%20-%20032019.pdf>.
RECONOCIMIENTO ACERCA DE LA SEGUNDA DOSIS DE LA VACUNA PFIZER Y MODERNA
 Estoy de acuerdo que si recibo la vacuna de Pfizer o Moderna también que programar una segunda dosis de la vacuna. Doy mi consentimiento para recibir mensajes de correo electrónico o de texto con recordatorios sobre mi cita para la vacuna contra el COVID-19 a fin de me he recibido mi segunda dosis de vacuna. Entiendo que dichos mensajes no se envían de forma segura.
 Certifico que soy el paciente, el representante legal del paciente o que de otro modo el paciente me ha autorizado para firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.
 Firma (paciente o representante legal): _____ Fecha: _____
 Nombre del paciente: _____
 Nombre del padre o tutor en letras de molde (si corresponde): _____
 Si no es el paciente, indique su relación con el paciente: _____
 Hoja Informativa de Moderna (Copia en papel disponible si se solicita) Hoja Informativa de Pfizer (Copia en papel disponible si se solicita) Hoja Informativa Johnson & Johnson (Copia en papel disponible si se solicita)
 8.25.21



- 5.** Un padre o tutor debe firmar para dar el consentimiento a los menores de 18 años. Para permitir que su hijo sea vacunado, firme en la primera línea. Escriba el nombre de su hijo en la segunda línea y la fecha de hoy. A continuación, escriba su nombre completo en letra de molde en la tercera línea, y su relación con su hijo (por ejemplo, madre, tío) en la línea inferior.

Página 2

Certifico que soy el paciente, el representante legal del paciente o que de otro modo el paciente me ha autorizado para firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.

Firma (paciente o representante legal): _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del padre o tutor en letras de molde (si corresponde): _____

Si no es el paciente, indique su relación con el paciente: _____

- 6.** Incluya todos los apellidos de su hijo si tiene más de uno. Escriba la fecha de nacimiento en el formato Mes/Día/Año. Incluya su número de teléfono, dirección y correo electrónico. Su información de contacto se utilizará para ponerse en contacto con usted sobre la segunda dosis de su hijo. Por favor, incluya también su idioma preferido, para que podamos ponernos en contacto con usted en el idioma que prefiera.

Página 3

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):		
Dirección de correo electrónico:		Idioma preferido:





7. La raza y el origen étnico se recopilan para determinar las tasas de vacunación de las diferentes poblaciones. Puede marcar más de una raza. Si no desea responder, marque "(21) Paciente rechazado". Por favor, seleccione también un grupo étnico. Si su hijo no es hispano o latino, puede marcar "(6) No hispano o latino" para el origen étnico.

Raza		Etnicidad
<input type="checkbox"/> (1) Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> (15) Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> (1) Centroamericano
<input type="checkbox"/> (2) Asiático, Camboyano	<input type="checkbox"/> (16) Nativo Americano	<input type="checkbox"/> (2) Cubano
<input type="checkbox"/> (3) Asiático, Chino	<input type="checkbox"/> (17) Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> (3) Dominicano
<input type="checkbox"/> (4) Asiático, Filipino	<input type="checkbox"/> (18) Isleño del Pacífico, Guameño	<input type="checkbox"/> (4) Latinoamericano
<input type="checkbox"/> (5) Asiático, Indio	<input type="checkbox"/> (19) Isleño del Pacífico, Hawaiano	<input type="checkbox"/> (5) Mexicano
<input type="checkbox"/> (6) Asiático, Japonés	<input type="checkbox"/> (20) Isleño del Pacífico, Samoano	<input type="checkbox"/> (6) No Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> (7) Asiático, Coreano	<input type="checkbox"/> (21) Paciente Rechazado / No se puede especificar	<input type="checkbox"/> (7) Otro Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> (8) Asiático, Laosiano	<input type="checkbox"/> (22) Blanco, Árabe	<input type="checkbox"/> (8) Paciente Rechazado / No se puede especificar
<input type="checkbox"/> (9) Asiático, Otro	<input type="checkbox"/> (23) Blanco, Europeo	<input type="checkbox"/> (9) Puertorriqueño
<input type="checkbox"/> (10) Asiático, Pakistani	<input type="checkbox"/> (24) Blanco, del Medio Oriente o del Norte de África	<input type="checkbox"/> (10) Sudamericano
<input type="checkbox"/> (11) Asiático, Vietnamita	<input type="checkbox"/> (25) Blanco, Norteamericano	<input type="checkbox"/> (11) Español
<input type="checkbox"/> (12) Negro, Afroamericano	<input type="checkbox"/> (26) Blanco, Otro	
<input type="checkbox"/> (13) Negro, Africano		
<input type="checkbox"/> (14) Negro, Otro		

8. La última serie de preguntas tiene como objetivo ayudar a promover la equidad en las vacunas. Por favor, responda a las cinco preguntas, incluyendo la pregunta en negrita de la parte inferior. Responda a las preguntas según se apliquen a su hijo, no según se apliquen a usted. Por ejemplo, si usted es un trabajador migratorio pero su hijo no lo es, usted seleccionaría "No". Sin embargo, si usted recibe una vivienda de la Sección 8 y su hijo vive con usted, también está recibiendo esta vivienda y usted seleccionaría "Sí". Estas preguntas son opcionales, por lo que si no desea contestarlas marque "Declinó responder" en las cinco preguntas.

Página 4

Por favor, marque cualquiera de los siguientes puntos que le correspondan:

Soy un trabajador agrícola migratorio o de temporada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder
No tengo hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder
Recibo un subsidio de vivienda de la Sección 8	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder
Tengo una capacidad limitada para hablar en inglés o leer/escribir en inglés	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder

¿Tiene algún tipo de discapacidad, incluida la discapacidad física o las limitaciones de movilidad, la discapacidad mental, la discapacidad visual/auditiva, la discapacidad intelectual o de aprendizaje?

Sí No Declino responder

El resto de las preguntas de esta página son estas mismas cinco preguntas en diferentes idiomas. Sólo tiene que responder a las preguntas en su idioma.

Por favor, revise sus formularios para asegurarse de que las cuatro páginas estén completas y sean precisas. Esto es especialmente importante si usted no va a ir con su hijo cuando lo vacunen. Traiga el formulario de consentimiento firmado y todos los formularios completados. También traiga la tarjeta amarilla de vacunación infantil de su hijo, si la tiene.