



Número personal de salud (PHN) _____ Fecha de vacunación _____

Vacuna contra la COVID-19: Formulario de consentimiento y evaluación para menores de 6 meses a 17 años

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR QUE RECIBE LA VACUNA (EN LETRA DE IMPRENTA)

NOMBRE DEL MENOR (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR (MM/DD/AÑO):	
RAZA DEL MENOR <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico			ETNIA <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	¿El menor tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	EDAD DEL MENOR	GÉNERO DEL MENOR <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO PARA LLAMAR DURANTE EL DÍA Y TELÉFONO CELULAR DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL:	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL:	

Nombre del plan de seguro principal: _____ Nombre del titular de la póliza _____

Número de afiliado o de póliza: _____ Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

SECCIÓN 2: EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA: Para ayudar a determinar si su hijo no debería recibir la vacuna contra la COVID-19.

	SÍ	NO	NO SÉ
1. ¿Su hijo se siente enfermo en este momento?			
2. ¿Su hijo ha recibido una dosis de la vacuna contra la COVID-19? Si la respuesta es "Sí", ¿qué vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna			
3. <input type="checkbox"/> Otra marca: _____ Fecha: _____			
4. ¿Cuántas dosis ha recibido su hijo? _____			
5. ¿Su hijo tiene una afección de salud o está sometido a tratamiento que le produce inmunodepresión moderada o grave? <i>(Esto incluye, entre otros, tratamiento para el cáncer, VIH, recepción de trasplante de órgano, tratamientos inmunosupresores o con dosis altas de corticoides, tratamiento con linfocitos T-CAR, trasplante de células hematopoyéticas [hematopoietic cell transplant, HCT] o inmunodeficiencia primaria moderada o grave).</i>			
6. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave que requirió tratamiento con epinefrina o con un autoinyector de epinefrina EpiPen®, o que provocó que su hijo fuera llevado al hospital? <i>(Además, incluye una reacción alérgica que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).</i> <ul style="list-style-type: none"> • A algún componente de la vacuna contra la COVID-19. • A una dosis anterior de la vacuna contra la COVID-19. 			

<p>7. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la de la COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o con un autoinyector de epinefrina EpiPen®, o que provocó que su hijo fuera llevado al hospital. Además, incluye una reacción alérgica que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).</i></p>			
--	--	--	--

Si alguno de los siguientes casos aplica a su hijo, marque todas las que correspondan:

- Tiene antecedentes de miocarditis o de pericarditis.
- Tiene antecedentes de trombosis con síndrome de trombocitopenia (thrombosis with thrombocytopenia syndrome, TTS).
- Se le diagnosticó síndrome inflamatorio multisistémico (Multisystem Inflammatory Syndrome, MIS-C o MIS-A) después de tener una infección por COVID-19.
- Tiene antecedentes de un síndrome de origen inmunitario definido por trombosis y trombocitopenia como, por ejemplo, trombocitopenia inducida por heparina (heparin-induced thrombocytopenia, HIT).
- Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barre syndrome, GBS).
- ¿Tiene antecedentes de enfermedad COVID-19 en los últimos 3 meses?

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19

Es posible que las vacunas contra la COVID-19 eviten que una persona se enferme de COVID-19. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. ha autorizado el uso de emergencia de ciertas vacunas contra la COVID-19 para prevenir la enfermedad en personas de entre seis (6) meses y diecisiete (17) años conforme una autorización de uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA). La FDA también aprobó la vacuna COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA LA COVID-19) de Pfizer/BioNTech para personas de 16 años o más. Para obtener información sobre cada vacuna, los efectos secundarios y las posibles reacciones alérgicas, consulte esta página web de la FDA:

[Recursos multilingües sobre COVID-19 | FDA](#)

SECCIÓN 4: Tipos/marcas de vacuna contra la COVID-19 que autorizo a que reciba el menor mencionado arriba:

[El padre/la madre/el tutor debe marcar una o más opciones con un círculo]. Pfizer-BioNTech/Comirnaty Moderna

SECCIÓN 5: CONSENTIMIENTO. He revisado y entiendo la información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra la COVID-19 (de la sección 3 anterior). Al dar mi consentimiento a continuación, afirmo lo siguiente:

1. He revisado este formulario de consentimiento y evaluación.
2. He leído o me han leído la *Hoja informativa para destinatarios y cuidadores*, correspondiente a la edad, como está publicada en [Recursos multilingües sobre COVID-19 | FDA](#), para cada uno de los tipos/marcas de vacunas contra la COVID-19 que autorizo a que reciba el menor mencionado arriba, como se indica en la sección 4 anterior.
3. Tengo la autoridad legal para otorgar mi consentimiento para que el menor mencionado arriba reciba la vacuna contra la COVID-19.
4. No es necesario que acompañe al menor mencionado arriba a las citas de vacunación y que, al otorgar mi consentimiento a continuación, el menor puede recibir la vacuna contra la COVID-19 aunque yo no esté presente.
5. Si cuento con un seguro de salud que cubra al menor mencionado arriba autorizo que se le facture a mi compañía de seguro los costos de la administración de la vacuna contra la COVID-19. El gobierno es responsable del pago de la vacuna, y no se me cobrará esa parte del costo de mi vacunación.
6. Comprendo que, conforme a la ley estatal, todas las vacunaciones se ingresarán en el registro de la Red de Inmunización de Louisiana (Louisiana Immunization Network, LINKS) operado por el Departamento de Salud de Louisiana.

OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que _____ [ESCRIBA EL NOMBRE DEL CENTRO DE VACUNACIÓN] administre la vacuna contra la COVID-19 al menor mencionado en la parte superior de este formulario. Además, he revisado la información incluida en la sección 4 de este formulario y la he aceptado.

Fecha: mes ____ día ____ año _____

Firma del padre/de la madre/del tutor legal (mencionado arriba): _____

Fabricante	Lote n.º	Fecha de vencimiento	Vía	Dosis	Lugar de la inyección	Fecha de la EUA	Peso actual informado

Ingresado en LINKS (iniciales y fecha) _____ Notas/Comentarios: _____