



Formulario de Detección y Administración de vacunas contra el COVID-19 en Colorado



Por favor escriba claramente en mayúscula, como en siguiente ejemplo

E J E M P L O 1 2 3

Por favor conteste todas las preguntas lo más completamente posible.

Utilice solo tinta negra para completar el formulario.

El registro de administración se encuentra en el reverso de este documento.

Provea toda la información que se le solicita de la manera más completa posible. Si está llenando este formulario para su hijo menor, no use apodos o abreviaturas, salvo cuando esté permitido. Se garantiza la confidencialidad de esta información.

Paciente Apellido(s)										Paciente Primer nombre										Inicial	
Fecha de Nacimiento				Edad (en años)				Edad (en meses)				Número de Teléfono durante el día del Paciente/Representante									
Mes				Día				Año													
Primer nombre del padre/de la madre										Apellido del padre/de la madre											
Si es menor de 18 años, indique:																					
Dirección										Número de Apartamento											
Ciudad										Condado										Estado	
Código postal				Dirección de correo electrónico																	

Identidad de género ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Transgénero femenino ☐ Transgénero masculino ☐ No binaria ☐ No binario ☐ Sin-especificar ☐ Me niego a responder

Etnia		Raza(s): Marque todo lo que corresponda			
Hispano/Latin/a/o/x		Indígena Americano/Nativo de Alaska		Negro, Afroamericano	
☐ Si ☐ No ☐ Me niego a responder		☐ Asiático		☐ Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico	
				☐ Otro ☐ Blanco ☐ Me niego a responder	

Información del seguro médico (OPCIONAL-SEGURO NO REQUERIDO PARA VACUNACIÓN)						Número de póliza del seguro médico					
Medicaid	Medicare	Kaiser Permanente	United Healthcare	Otro privado	Sin seguro						
☐	☐	☐	☐	☐	☐						

Si usted o su hijo/a ya se vacunaron contra el COVID-19, díganos qué vacuna se aplicó, la cantidad de dosis y las fechas de vacunación.
Dosis 1: ¿Marca? _____ ¿Cuándo? (Fecha) ____/____/____ Dosis 2: ¿Marca? _____ ¿Cuándo? (Fecha) ____/____/____

Si ya ha recibido más de dos (2) dosis de la vacuna contra el COVID-19, indique qué dosis adicional(es) se aplicó, de qué vacuna(s) y la(s) de vacunación.

Dosis adicional recibida por pertenecer a un grupo de riesgo elevado: ¿Marca? _____ ¿Cuándo? (Fecha) ____/____/____

Dosis de refuerzo: ¿Marca? _____ ¿Cuándo? (Fecha) ____/____/____ Dosis adicional de refuerzo: ¿Marca? _____ ¿Cuándo? (Fecha) ____/____/____

Preguntas sobre exámenes de salud		Si	No	No se
1.	¿Está usted (o su hijo/a) enfermo hoy o tiene fiebre?			
2.	¿Tuvo usted (o su hijo/a) una reacción alérgica al potisorbato, polietilenglicol o a una dosis previa de la vacuna COVID-19?			
3.	¿Tuvo usted (o su hijo/a) alguna vez una reacción alérgica grave (anafilaxia) a otra vacuna o alguna lesión?			
4.	¿Tuvo usted (o su hijo/a) una reacción alérgica grave (anafilaxia) a los alimentos, las mascotas, venenos, elementos del medioambiente o medicamentos de ingesta oral?			
5.	¿Tiene usted (o su hijo/a) un trastorno hemorrágico o está bajo un tratamiento prolongado con aspirina o toma otros anticoagulantes?			
6.	¿Tuvo usted (o su hijo/a) alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) después de haberse vacunado?			
7.	¿Recibió algún relleno dérmico? (Juvaderm®, Restylane®, etc.)? (solo atañe a las vacunas de ARNm)			
8.	¿Tiene antecedentes de coágulos de sangre o factores de riesgo para desarrollar coágulos de sangre? (solo atañe a la vacuna Janssen y mujeres entre 18 a 49 años)			
9.	¿Tiene usted (o su hijo/a) antecedentes de miocarditis o pericarditis? (atañe especialmente a hombres de 12 a 29 años después de recibir una dosis de una vacuna ARNm)			
10.	¿Tiene usted (o su hijo/a) antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)?			
11.	¿Tiene usted (o su hijo/a) antecedentes del síndrome inflamatorio multisistémico conocido como MIS-C (en niños) o MIS-A (en adultos) después de una infección por COVID-19?			
12.	¿Tiene usted (o su hijo/a) un sistema inmunológico debilitado? (consulte la sección sobre la dosis adicional en la siguiente página)			

Paciente Apellido(s)										Paciente Nombre										Inicial	
Fecha de Nacimiento										Edad (en años)				Edad (en meses)				Dosis primarias 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐			
																		Dosis de refuerzo 1 ☐ 2* ☐			
Mes Día Año																					

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:

He leído (o me han explicado) la Hoja Informativa Para Receptores Y Proveedores de Cuidado la vacuna contra el COVID-19 y entiendo los riesgos y beneficios inherentes a recibir esta vacuna para mi o para mi hijo/a. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y estas fueron respondidas satisfactoriamente. Por la presente libero a este proveedor, a sus trabajadores y voluntarios de cualquier responsabilidad legal por cualquier resultado que pueda ocurrir por la administración de esta vacuna.

Firma del Paciente, Padre/Madre/ _____

Tutor legal/Poder notarial médico duradero: _____ Fecha _____/_____/_____

DETÉNGASE: NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - SOLO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA													
COVID/VFC PIN				Provider Type		Clinic Name				Provider Name			
				☐ Public ☐ Private									
Brand Name				Primary Dose		Pfizer (Orange Cap) (ages 5 - 11 years) Primary and Booster Dose		Site		Date Administered			
				Pfizer (age 12 years +) ☐ 0.3 ml Moderna (age 18 years +) ☐ 0.5 ml J&J (age 18 years +) ☐ 0.5 ml		☐ 0.2 ml		☐ LD ☐ LT ☐ RD ☐ RT					
Lot Number				Booster Dose		Pfizer (Maroon Cap) (ages 6 mo. - 4 years) Pediatric Primary Dose		Administered by: Name _____ Title _____					
				Pfizer ☐ 0.3 ml Moderna ☐ 0.25 ml J&J ☐ 0.5 ml		Moderna (ages 6 mo. - 5 years) Pediatric Primary Dose							
						☐ 0.25 ml							

For vaccine administration guidance, including: timing, dosing, site selection, needle length and gauge, and administration procedures, please reference your standing orders or the CDC's Interim Clinical Considerations".

<https://covid19.colorado.gov/vaccine-providers>

<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>

<https://www.immunize.org/covid-19/>

*Additional guidance from the FDA for 2nd booster dose is as follows:

- A second booster dose of either the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine or Moderna COVID-19 Vaccine may be administered to individuals 50 years of age and older at least 4 months after receipt of a first booster dose of any authorized or approved COVID-19 vaccine.
- A second booster dose of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine may be administered to individuals 12 years of age and older with certain kinds of immunocompromising conditions at least 4 months after receipt of a first booster dose of any authorized or approved COVID-19 vaccine. These are people who have undergone solid organ transplantation, or who are living with conditions that are considered to have an equivalent level of immunocompromise.
- A second booster dose of the Moderna COVID-19 Vaccine may be administered at least 4 months after the first booster dose of any authorized or approved COVID-19 vaccine to individuals 18 years of age and older with the same certain kinds of immunocompromise.

*Additional Guidance for J & J Vaccine use:

- Assess persons 18 years of age and older for vaccination with Janssen COVID_19 Vaccine based on the following criteria:
 - mRNA COVID-19 Vaccines are preferred over Janssen COVID-19 Vaccine for primary series and booster vaccination
 - Inform all persons receiving a Janssen vaccine of the risks and symptoms of thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS) in the 3 weeks after vaccination as was as the need to seek immediate care should symptoms develop.
- Janssen COVID-19 Vaccine may be offered in some situations:
 - A true contraindication to mRNA vaccines (severe allergic reaction to a previous dose or a component of the vaccine)
 - The person would otherwise remain unvaccinated for COVID-19 due to limited access to mRNA vaccine
 - The person wants to receive the Janssen COVID-19 vaccine despite the safety concerns identified