



**Pfizer Vacuna contra COVID-19 (Edades 5 – 11)**  
**INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

<b>APELLIDO</b>		(Nombre)	Fecha de nacimiento: Mes /Dia /Año		<b>Edad:</b>
<b>DIRECCIÓN</b>			<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>		
<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>	<b>TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA</b>		
<b>CONTACTO PARA EMERGENCIAS:</b> Nombre Relación Teléfono					
<b>Raza: (marque solo 1)</b> <input type="checkbox"/> Asiático o polinesio <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Indígena americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sabe		<b>Grupo étnico: (marque solo 1)</b> <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No sabe		<b>Idioma principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Vaccine</b>		<b>State Eligible code (GIP)</b>	<b>Site</b>	<b>VIS(Mo/Yr)</b>	<b>Procedure code</b>
<b>Pfizer-COVID-19</b>		<b>COVZ</b>	<b>IM</b>	<b>10/2021</b>	<b>91307</b>

Responda a las siguientes preguntas sobre la salud de quien recibe la vacuna:	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna contra el COVID-19? *Si responde sí, indique qué vacuna y la fecha en que la recibió: _____			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia) a algo, por ejemplo, una reacción que debió ser tratada con epinefrina o una EpiPen o por la cual tuvo que ir al hospital' le provocó urticaria, hinchazón, o dificultades para respirar, incluyendo sibilancias? *¿La reacción grave fue después de recibir una vacuna contra el COVID-19? * ¿La reacción grave fue después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?			
4. <b>Marque:</b> <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico del síndrome de Guillain-Barre <input type="checkbox"/> Tuvo COVID-19 y se le trató con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente <input type="checkbox"/> Fue diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A, por sus siglas en inglés) después de una infección de COVID-19 <input type="checkbox"/> Tiene un trastorno del sangrado o toma medicamentos anticoagulantes <input type="checkbox"/> Tiene un historial médico de trombocitopenia inducida por heparina (HIT, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> En este momento está embarazada o amamantando <input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos			
5. <b>Marque:</b> <input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, infección de VIH, cáncer): si la respuesta es sí, indique qué condición: _____ <input type="checkbox"/> Recibe medicamentos o terapias inmunosupresoras: si la respuesta es sí, indique cuáles: _____			

Confirmando en mi nombre o en nombre del menor nombrado arriba que he recibido una copia y he leído la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) y he revisado la hoja informativa de la FDA para receptores y cuidadores de la FDA sobre la vacuna contra el COVID-19 que será administrada: \_\_\_\_\_ Pfizer (edades 5 a 11).

Confirmando en mi nombre, o en nombre del menor nombrado arriba, que he podido hacer preguntas que me contestaron a cabalidad. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna indicada y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada para la que estoy autorizado a hacer este pedido.

**Con mi firma confirmo que al menor, o a mí, se nos recomendó quedarnos en el lugar durante 15 minutos después de recibir la vacuna. Quienes hayan tenido reacciones alérgicas graves deben quedarse durante 30 minutos.**

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
**Fecha Nombre del paciente Firma del padre o tutor legal del menor**

**FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO)**

**Vaccine recipient provided:**  
 Pfizer (edades 5 a 11) <https://www.fda.gov/media/153829/download>

**Metodo de Pago:**  
 Medicare (Part B)  
 Private Insurance  
 Medicaid/CMO  
 Nombre del asegurado } \_\_\_\_\_  
 Numero Miembro } \_\_\_\_\_  
 No seguro  
 Si (Cheque Aqui)  
 No (Complete Seccion)  
 El seguro esta en su nombre? \_\_\_\_\_  
 Nombre del seguro/HMO } \_\_\_\_\_  
 Numero de grupo } \_\_\_\_\_

Vaccine	Dose	Route	Date Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator/Provider #
COVID-19	_____ ml <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</sup> _____ ml <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup> _____ ml <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> _____ ml <input type="checkbox"/> 4 <sup>th</sup>	<input type="checkbox"/> IM - L Arm <input type="checkbox"/> IM - R Arm <input type="checkbox"/> IM - L Leg <input type="checkbox"/> IM - R Leg					