



# Pfizer Vacuna contra COVID-19 (Edades 6 months – 4 years)

## INFORMACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

APELLIDO		(Nombre)	Fecha de nacimiento:		Edad:
			Mes /Dia /Año		
DIRECCIÓN			CORREO ELECTRÓNICO		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA		
CONTACTO PARA EMERGENCIAS:		Nombre	Relación	Teléfono	
Raza: (marque solo 1)		Grupo étnico: (marque solo 1)		Idioma principal:	Sexo:
<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		<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Vaccine		State Eligible code (GIP)	Site	VIS(Mo/Yr)	Procedure code
Pfizer-COVID-19		COVR	IM	10/2021	91308

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. Marque: <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. Marque: <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 6 mos a 4 yrs).

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 6 mos – 4yrs) <https://www.fda.gov/media/159312/download>

#### Metodo de Pago:

- Medicare (Part B)  
 Private Insurance  
 Medicaid/CMO

- No seguro  
 Si (Cheque Aqui)  
 No (Complete Seccion)

El seguro esta en su nombre? \_\_\_\_\_  
 Nombre del seguro/HMO

Nombre del asegurado

Numero Miembro

Numero de grupo

Vaccine	Dose	Route	Date Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Name of Vaccine Administrator/Provider #
Pfizer (Edades 6 months – 4 years)	_____ ml <input type="checkbox"/> 1 <sup>st</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				Use By Date	
	_____ ml <input type="checkbox"/> 2 <sup>nd</sup>						
	_____ ml <input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup>						
	_____ ml <input type="checkbox"/> 4 <sup>th</sup>						
	_____ ml <input type="checkbox"/> 5 <sup>th</sup>						