



Moderna COVID-19 Vaccination Consent Form

Clinical Use	
Temperature:	_____
Vaccine Site:	<input type="checkbox"/> Right Arm <input type="checkbox"/> Left Arm
	<input type="checkbox"/> Dose 1 <input type="checkbox"/> Dose 2 <input type="checkbox"/> Dose 3 <input type="checkbox"/> Booster Dose

Nombre (escriba claramente): _____

fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

La vacuna Moderna COVID-19 ha sido autorizada por la Administración Federal de Drogas (FDA) bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA) **para personas mayores de 18 años**. Una copia de la EUA está disponible a petición o visitando nuestro sitio web.

Los efectos secundarios de la vacuna Moderna que han sido reportados en ensayos clínicos incluyen, pero no se limitan a: dolor en el lugar de la inyección • cansancio • dolor de cabeza • dolor muscular • escalofríos • dolor en las articulaciones • fiebre • hinchazón en el lugar de la inyección • enrojecimiento en el lugar de la inyección • náuseas • malestar • ganglios linfáticos inflamados (linfadenopatía). Estos síntomas no son graves en la mayoría de los casos y, por lo general, se resuelven en 24 horas. Se han reportado ciertas reacciones alérgicas graves fuera de los ensayos clínicos; Si presenta síntomas de una reacción alérgica después de la vacunación (como dificultad para respirar, dolor de pecho o ritmo cardíaco acelerado, mareos, debilidad, hinchazón de la cara, garganta o lengua, o una erupción en todo el cuerpo), llame al 911 o vaya al Departamento de Emergencias del Hospital más cercano.

PREGUNTAS

	Sí	No
1. ¿Estás enfermo hoy? (fiebre, síntomas de resfriado, etc.)?		
2. ¿Le han diagnosticado COVID-19 con una prueba de PCR en los últimos 10 días?		
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a los componentes de la vacuna Moderna COVID-19?		
4. ¿Ha recibido tratamiento con anticuerpos pasivos para COVID-19 en los últimos 90 días?		
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción anafiláctica (por ejemplo, dificultad para respirar, brotes de urticaria, hinchazón de la cara o la lengua, presión arterial baja) o ha tenido otros síntomas graves después de recibir otra vacuna o un medicamento inyectable (una inyección por vía intravenosa, por vía intramuscular o subcutánea)?		
6. ¿Tiene antecedentes de una reacción anafiláctica a algo que no sea una vacuna o medicamento inyectable (comida, picadura de insecto, medicación oral)?		
7. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante?		

LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN SON PARA AQUELLOS QUE PREVIAMENTE FUERON COMPLETAMENTE VACUNADOS PARACOVID

Seleccione A o B a continuación para

A. ¿Está inmunodeprimido y han pasado al menos 28 días desde su última vacuna COVID?		
B. ¿Está buscando un refuerzo de Moderna y han pasado al menos 6 meses desde su última vacuna COVID? (al menos 2 meses para Janssen J&J)		

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas 1 a 4, no debería recibir la vacuna Moderna hoy:

- Si está enfermo, le recomendamos que retrase la vacunación hasta que sus síntomas hayan desaparecido. Si le diagnostican COVID-19, debe retrasar la vacunación hasta 10 días después del diagnóstico.
- Si tiene antecedentes de anafilaxia a cualquiera de los ingredientes de la vacuna Moderna, no debe recibir la vacuna Moderna en ningún momento, según las guías actuales.
- Si ha recibido un tratamiento con anticuerpos pasivos para COVID-19, se recomienda esperar 90 días después del tratamiento antes de recibir la vacuna Moderna.

Si respondió “Sí” a las preguntas 5, 6 ó 7, notifique al personal antes de recibir la vacuna Moderna. Si tiene antecedentes de anafilaxia a algo que no sean los ingredientes de la vacuna Moderna, aumentaremos su tiempo de monitoreo después de la vacunación para asegurarnos de que no haya evidencia de una reacción anafiláctica. Si tiene antecedentes de un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante, controlaremos el sangrado en el lugar de la inyección.

Si está listo para recibir la vacuna Moderna, lea la declaración a continuación y firme su nombre para indicar su consentimiento.

CONSENT FOR MODERNA VACCINE – Complete si solicita la vacunación.

Confirmando que se me ha proporcionado y he leído (o me han leído) (1) la Hoja de datos de autorización de uso de emergencia para la vacuna COVID-19 Moderna; (2) este formulario de consentimiento para la vacuna COVID-19 para la vacuna Moderna; y (3) cualquier información adicional que se me haya proporcionado sobre la vacuna COVID-19. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacerle preguntas a un profesional médico sobre la vacuna Moderna. Entiendo que la serie inicial de la Vacuna Moderna se administrará en dos dosis separadas, con cuatro semanas (28 días) de diferencia. Entiendo que la CDC recomiendan que las personas reciban una **dosis de refuerzo al menos 6 meses** después de completar la serie inicial. Entiendo que la CDC recomiendan que las personas cuyo sistema inmunológico está comprometido de moderada a gravemente deben recibir una **tercera dosis** adicional de Moderna después de las 2 dosis iniciales **al menos 28 días** después de completar la serie inicial.

Entiendo los riesgos conocidos y los beneficios potenciales de recibir la Vacuna Moderna, y entiendo que puede haber riesgos para la Vacuna Moderna que no se conocen en este momento. Entiendo que la FDA ha autorizado el uso de la vacuna Moderna bajo una autorización de uso de emergencia (EUA) y que actualmente no hay suficiente evidencia científica disponible para que la FDA apruebe completamente esta vacuna contra COVID-19. No obstante, solicito y doy mi consentimiento para que se me administre la vacuna Moderna o a mi dependiente.

Entiendo que se recomienda que permanezca en el local durante al menos 15 minutos después de recibir la vacuna Moderna y que, según las recomendaciones de los profesionales médicos, es posible que se me pida que permanezca allí por más tiempo para realizar el seguimiento.

Firma del/la paciente: _____

Fecha: _____

Si el paciente está discapacitado,

Firma del Padre / Tutor: _____

Vaccine Administered by: _____

Time administered _____

Time departed _____

Lot Number
