



Pfizer 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 del Paciente (escriba claramente): _____ **Fecha:** _____

Fecha de Nacimiento: _____

La vacuna Pfizer COVID-19 ha sido completamente aprobada por la Administración Federal de Drogas (FDA) como Comirnaty® para su uso en personas de 16 años o más. La vacuna Pfizer COVID-19 ha sido autorizada por la FDA bajo una autorización de uso de emergencia (EUA) para personas de 5 años de edad y mayores, para la administración de una tercera dosis para personas inmunodeprimidas y para una dosis única de refuerzo para personas seleccionadas. Una copia de la EUA está disponible a petición o visitando nuestro sitio web.

Los efectos secundarios de la vacuna Pfizer 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 5 días?		
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a los componentes de la vacuna Pfizer COVID-19?		
4. ¿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)?		
5. ¿Tiene antecedentes de una reacción anafiláctica a algo que no sea una vacuna o medicamento inyectable (comida, picadura de insecto, medicación oral)?		
6. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante?		

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

Seleccione A o B a continuación para

A. ¿Está usted inmunodeprimido y han pasado al menos 28 días desde su última vacuna COVID?		
B. ¿Está buscando un refuerzo de Pfizer, de 5 años de edad o más, y han pasado al menos 5 meses desde su última vacuna COVID? (al menos 2 meses para Janssen J&J)		

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas 1 a 3, no debería recibir la vacuna Pfizer hoy:

- Si está enfermo, le recomendamos que retrase la vacunación hasta que sus síntomas hayan desaparecido. Si le diagnostican con COVID-19, debe retrasar la vacunación hasta 5 días después del diagnóstico.
- Si tiene antecedentes de anafilaxia a cualquiera de los ingredientes de la vacuna Pfizer, no debe recibir la vacuna Pfizer 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 Pfizer.

Si respondió "Sí" a las preguntas 4,5, ó 6, notifique al personal antes de recibir la vacuna Pfizer. Si tiene antecedentes de anafilaxia a algo que no sean los ingredientes de la vacuna Pfizer, 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 Pfizer, lea la declaración a continuación y firme su nombre para indicar su consentimiento.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA PFIZER– 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 Pfizer; (2) este formulario de consentimiento para la vacuna COVID-19 para la vacuna Pfizer; 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 Pfizer. Entiendo que la Vacuna Pfizer se administrará en dos dosis separadas, con tres semanas (21 días) de diferencia. Entiendo que los CDC recomiendan que algunas personas reciban una dosis de refuerzo al menos 5 meses después de completar la serie inicial. Entiendo que los CDC recomiendan que las personas cuyo sistema inmunológico está comprometido de moderada a grave deben recibir una tercera dosis adicional de Pfizer 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 Pfizer, y entiendo que puede haber riesgos para la Vacuna Pfizer que no se conocen en este momento. Entiendo que la FDA ha autorizado el uso de la vacuna Pfizer 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 en ciertas circunstancias. No obstante, solicito y doy mi consentimiento para que se me administre la vacuna Pfizer o a mi dependiente.

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

Firma del/la paciente: _____ **Fecha:** _____

Si el paciente es menor de 18 años o está discapacitado,

Firma del Padre / Tutor : _____

Vaccine Administered by: _____

Time administered _____

Time departed _____

Lot Number
