



**CUESTIONARIO Y FORMULARIO DE REGISTRO PARA LA VACUNA DE COVID-19
PARA ESTUDIANTES**

Nombre: _____
Apellido Primer Segundo

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Edad:** _____ **Género:** M F **Hispano/a Latino/a** Si No
mes/día/año

Raza: Indio/a Americano/a Nativo de Alaska Asiático/a Negro o afroamericano/a Blanco/a
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico No se indica

Si es menor, nombre y fecha de nacimiento del padre/tutor _____
Apellido Primer Segundo Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa

Dirección: _____ **Estado/Ciudad:** _____ **Código postal:** _____

Grado: _____ **Maestro de aula:** _____ **Escuela:** _____

IMPORTANTE Número de teléfono del padre/tutor Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Tipo de seguro: Seguro privado Medicaid/Asistencia médica Sin seguro

AVISO DE CONSENTIMIENTO ATRIBUIDO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

El Código de Virginia § 32.1-45.1 (A) (1950), con sus enmiendas, requiere que VDH le brinde el siguiente aviso:
 1. Si cualquier profesional de la salud, trabajador o empleado de VDH debe estar expuesto directamente a la sangre o fluidos corporales de mi hijo de una manera que pueda transmitir una enfermedad, entiendo que la ley exige que mi hijo proporcione una muestra de sangre venosa para realizar más pruebas. Entiendo que las pruebas que se realizarán son para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará el resultado de la prueba. 2. Si su hijo debe estar expuesto directamente a sangre o fluidos corporales de un profesional de la salud VDH, trabajador o empleado de una manera que pueda transmitir una enfermedad, se analizará la sangre de esa persona para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará a usted y a esa persona el resultado de las pruebas. Doy mi consentimiento para tales pruebas y para la divulgación de los resultados de la prueba a la persona que estuvo expuesta.

He leído la Hoja de datos de Autorización de uso de Emergencia para la vacuna COVID-19 y entiendo los riesgos y beneficios. Creo que los beneficios superan los riesgos y acepto toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar de la recepción de la vacuna. Doy mi consentimiento al Departamento de Salud y su personal autorizado para que mi hijo nombrado en la parte superior de este formulario reciba

Oficina de Privacidad y Seguridad - Autorización para la divulgación de información médica protegida

Este consentimiento otorga permiso al Departamento de Salud de Virginia (VDH) para divulgar información de salud personal a la(s) persona(s) u organización(es) que he indicado.

- Entiendo que la provisión de tratamiento para mi hijo no puede estar condicionada por mi firma de esta autorización.
 - Cualquier información de salud que haya sido divulgada por mi o por mi hijo ya no estará protegida por esta autorización.
 - El original o una copia de la autorización se incluirán en el registro médico de mi hijo.
 - Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en tanto se hayan tomado medidas antes de que yo solicite la retención de mi registro médico. La solicitud debe ser por escrito y será efectiva a partir de la fecha de entrega al proveedor que esté en posesión de mis registros médicos. Entiendo que la provisión de tratamiento para mi hijo no puede estar condicionada por mi firma de esta autorización.
 - Autorizo que VDH divulgue la información de salud de mi hijo a su médico de atención primaria y a la escuela.
 - Entiendo que este registro se mantendrá hasta que mi hijo cumpla 21 años.
 - Autorizo que VDH divulgue los registros necesarios para respaldar la solicitud de pago de Medicare, Medicaid y otros beneficios de atención médica. El pagador externo debe pagar cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre.
 - Entiendo que este documento será entregado y retenido por el departamento de salud pública y no será retenido por la escuela.
- Marque la casilla si desea recibir una copia de los Derechos de privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

X
Paciente, Padre/tutor legal o Persona que Actúa en Loco Parentis - Nombre en letra de molde Firma Fecha

*****POR FAVOR COMPLETAR EL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PREVACUNACIÓN POSTERIOR*****

OFFICE USE ONLY- Check box to identify vaccine administered		
<input type="checkbox"/> COVID-19 Pfizer (0.3 mL) 12+ yo <small>(covid-19-pfr)</small>	<input type="checkbox"/> COVID-19 Moderna (0.5 mL) 18+ yo <small>(covid-19-mod)</small>	
<input type="checkbox"/> COVID-19 Pfizer (0.2 mL) 5-11 yo <small>(covid-19-pfr-5-11)</small>		
Lot #	Rte: IM Inj Site: <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	Provider #
Provider Printed Name:	Signature:	Date:

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre _____

Edad _____

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?			
<input type="checkbox"/> Pfizer			
<input type="checkbox"/> Moderna			
<input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)			
<input type="checkbox"/> Otra _____			
• ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Marque todo lo que corresponda:			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años.			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.			
<input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.			
<input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.			
<input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.			
<input type="checkbox"/> Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej. por infección por el VIH, cáncer) o recibo medicamentos o terapias inmunodepresoras.			
<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.			
<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (<i>blood thinner</i>).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT).			
<input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente.			
<input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)			

Formulario revisado por _____

Fecha _____