COVID-19 Vaccine Screening Questionnaire for Children 5 through 11 years of age
(SPANISH)

Complete la Siguiente Información sobre el/la menor quien recibirá la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19:

Paciente Menor: Nombre _____ 2º Nombre _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____ Peso: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Etnicidad: Hispano/Latino ☐ SÍ ☐ No ☐ Desconocido
Mes Dia Año

Raza (Marque todo lo que le corresponda):☐ Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacifico ☐ Otro/Mestizo ☐ Desconocido

Dirección: _____ Cuidad/Estado/Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Número telefónico del padre/tutor legal: (____) _____ - _____ Contacto de emergencia y número telefónico: _____

Consentimiento del padre/ tutor legal:

Yo, _____, por la presente, doy fe de lo siguiente:
(Imprima el nombre de la persona quien está dando consentimiento)

1. Yo soy el/la (marque uno): ☐ Padre o madre ☐ Tutor Legal ☐ Otro: _____
2. Yo tengo la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente menor mencionado anteriormente.
3. Entiendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna Pfizer-BioNTech COVID 19 en nombre del paciente menor.
4. Entiendo que esta vacuna es ofrecida a todos sin tomar en cuenta su estado migratorio. Su información no será compartida.
5. Entiendo que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech Covid-19 para personas de 5 a 11 años de edad. La vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 está totalmente aprobada solo para personas mayores de 16 años.
6. El/La paciente menor tiene entre 5 y 11 años de edad.
7. Se me ha proporcionado acceso y he leído la Hoja Informativa de EUA sobre la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech para destinatarios y proveedores ("Hoja Informativa de Hechos").
8. Entiendo que existe la probabilidad de riesgos y beneficios de la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, cuyo alcance se conocen y se desconocen.
9. Entiendo que la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 consiste de dos dosis, por lo menos con tres semanas de separación.
10. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna que será administrada al paciente menor.
11. El paciente menor y yo acordamos que el/ella permanecerá en el área de observación durante el periodo de tiempo requerido después de la administración de la dosis de la vacuna.
12. Por lo tanto, doy mi consentimiento para que el paciente menor nombrado anteriormente se le administre la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19. Además, autorizo todo tratamiento medicamente necesario en el raro caso que tenga una reacción a la vacuna, que incluye, entre otros, picazón, hinchazón, desmayo, anafilaxia y otras reacciones.

Cuestionario Sobre El Paciente Menor:	SÍ	NO
1. ¿El/La paciente menor tiene entre 5 y 11 años de edad?	☐	☐
2. ¿El paciente menor está enfermo/a hoy? En caso afirmativo, describa los síntomas: _____	☐	☐
3. ¿El paciente menor ha tenido una reacción alérgica a: *(Esto incluirá una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).* Un componente de la vacuna Covid-19, que incluye cualquiera de los siguientes: *Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparación para el procedimiento de colonoscopia? *Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas recubiertas con una capa y esteroides intravenosos. A una dosis previa de la vacuna Covid-19. A otra vacuna (que no sea la vacuna Covid-19) o un medicamento inyectable.	 ☐ ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐ ☐

4. Marque todo lo que corresponda al paciente menor:
   - ☐ Una mujer entre las edades de 18 y 49 ☐ Un hombre entre las edades de 12 y 29 ☐ Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis
   - ☐ Tuvo una reacción alérgica grave a algo que no sea vacuna o terapia inyectable, tal como a alimentos, mascotas, veneno, medicamentos ambientales u orales
   - ☐ Tuvo COVId-19 y recibió tratamiento con anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia ☐ Alguna vez se ha desmayado después de recibir una inyección
   - ☐ Fue diagnosticado/a con síndrome inflamatorio multisistémico (MS-C o MIS-A) después de una infección por Covid-19 ☐ Está embarazada o amamantando
   - ☐ Tiene un sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, infección por VIH, cáncer) o toma medicamentos o terapias inmunosupresores
   - ☐ Tiene un trastorno hemorrágico ☐ Toma un anticoagulante ☐ Tiene antecedentes de Trombocitopenia inducida por heparina (TIH) ☐ Síndrome Guillain-Barré

Por la presente, reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna que se administrara al paciente menor mencionado anteriormente. Estoy de acuerdo en permitir que su información de vacunación sea almacenada y se pueda acceder por usuarios autorizados en "Nevada's Web IZ". También acepto que se realice un análisis de sangre para detectar bacterias y virus transmitidos por la sangre que pueden resultar en una enfermedad en caso de que una persona este expuesta a su sangre o fluidos corporales. Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal sabe y entender.

Firma: X _____ **Fecha:** _____
Se requiere la firma del padre/tutor legal si es menor de 18 años

A Continuación, Es Para Uso Clinico Solamente

VACCINE	CVX	CPT	DATE GIVEN	LOT #	EXP. DATE	RT	SITE	DOSE	CLINIC	ADMINISTERED BY	FACT SHEET DATE
Pfizer (PFR)	218	91307				IM	LD RD	0.2 mL	WCHD		10/2021