TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

PHR 9/10	
☐ Dose 1	☐ Dose 2
☐ Dose 3 IC	☐ Booster
☐ Pediatric Dose (5-11 yrs)	

Documentación para la administración de la vacuna contra el COVID-19

Sección 1: Criterios para su administración:

Según lo determinado por el actual proceso de asignación de vacunas del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas.

Sección 2: Datos del paciente: Escriba claramente en letra de molde

Nombre: (Apellido)	**Primer nombre:**	**Inicial del 2.° nombre:**	**Fecha de nacimiento:** _____ MM/DD/AAAA

Dirección:	**Ciudad:**	**Estado:**	**Código postal:**	**Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero no contestar (NC)	**Hispano:** ☐ Sí ☐ No ☐ NC

Condado:	**Teléfono celular:**	**Teléfono de la casa:**	**Grupo racial:** ☐ Asiático ☐ Nativo americano/Nativo de Alaska ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo de Hawái/de otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Varias razas ☐ Desconocido ☐ Prefiero no contestar

Correo electrónico:	**Idioma de contacto preferido:** ☐ Inglés ☐ Español	**¿Cómo prefiere recibir aviso de la cita?** ☐ Correo electrónico ☐ Texto

Idioma que prefiere hablar durante la vacunación ☐ Inglés ☐ Español ☐ Árabe ☐ Cantonés ☐ Chino ☐ Francés ☐ Alemán ☐ Hindi ☐ Coreano ☐ Mandarín ☐ Tagal ☐ Urdu ☐ Vietnamita Otro: _____	**Núm. de ImmTrac2:**

Sección 3: Cuestionario para determinar si la persona puede recibir la vacuna:

Para los pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si usted puede recibir hoy la vacuna contra el COVID-19. Si responde "sí" a alguna de las preguntas, no significa necesariamente que no deba ser vacunado. Solo significa que se le deben hacer otras preguntas adicionales. Si no entiende una pregunta, pídale al enfermero que se la explique.

	SÍ	**NO**	**No sé**
1. ¿Se siente enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si la respuesta es "sí", ¿Cuál vacuna le pusieron? _____ Pfizer _____ Moderna _____ Janssen (Johnson & Johnson) _____ Otra: _____ ¿Cuántas dosis de alguna vacuna contra el COVID-19 se ha puesto? _____ (*por ejemplo, 1 dosis de Janssen o 2 dosis de una vacuna de mRNA [Pfizer-BioNTech o Moderna])?* ¿En cuál fecha recibió su dosis más reciente? _____	☐	☐	☐
• ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (*Sí/No*)	☐	☐	
3. Marque todas las opciones que correspondan: ☐ Vivo en un entorno de cuidados a largo plaza. ☐ Me han diagnosticado alguna o varias afecciones. Por favor indique:_____ ☐ Soy miembro del personal de respuesta a emergencias ☐ Trabajo en un establecimiento de cuidados a largo plazo, establecimiento carcelario, hospital, restaurante, tienda minorista, escuela u otro entorno con alto nivel de exposición al público.			
4. ¿Tiene usted una afección o está recibiendo un tratamiento que lo haga moderada o gravemente inmunodeprimido? (Esto incluiría tratamiento contra el cáncer o el VIH, recepción de un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o tratamiento de altas dosis de corticosteroides, infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T), terapia con hematocrito [HCT], síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich)	☐	☐	☐
5. ¿Ha recibido usted un trasplante de células madre hematopoyéticas (HCT, por sus siglas en inglés) o una infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T) desde que se vacunó contra el COVID-19?	☐	☐	☐
6. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?: (*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).*	☐	☐	☐
• Un componente de la vacuna contra el COVID-19, incluido cualquiera de los siguientes:			

(Llene también el formulario de chequeo y consentimiento para la vacuna al reverso de esta página).

○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparados farmacéuticos para procedimientos de colonoscopia	☐	☐	☐
○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas recubiertas y esteroides intravenosos.	☐	☐	☐
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	☐	☐	☐
7. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (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).	☐	☐	☐

5. Marque todo lo que corresponda:

- ☐ Soy una mujer de entre 18 y 49 años de edad
- ☐ Soy un varón de entre 12 y 29 años de edad
- ☐ Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis
- ☐ He recibido tratamiento con anticuerpos monoclonales o plasma de convaleciente para prevenir o tratar el COVID-19.
- ☐ Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19
- ☐ Tengo un trastorno hemorrágico
- ☐ Tomo un anticoagulante (*blood thinner*)
- ☐ Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT)
- ☐ Estoy embarazada o amamantando actualmente
- ☐ He recibido rellenos dérmicos (*dermal fillers*)
- ☐ Historia del síndrome de Guillain-Barré *(GBS, por sus siglas en inglés)*

Sección 4: Aceptación y consentimiento

ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19:

Entiendo que, en este momento, las vacunas contra el COVID-19 están aprobadas por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.) bajo una Autorización de Uso de Emergencia, y que solo la vacuna COMIRNATY contra el COVID-19 está totalmente aprobada por la FDA. He leído o recibido una explicación de la hoja informativa más reciente para quienes reciben la vacuna y sus cuidadores o la hoja informativa sobre la vacuna contra el COVID-19 que se me administrará y entiendo los riesgos y beneficios de la vacunación.

☐ **RECONOZCO** que he revisado una copia del Aviso sobre las prácticas de privacidad del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

☐ **DOY CONSENTIMIENTO** al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas y a su personal para que la persona nombrada en este formulario sea vacunada con la siguiente vacuna: **Vacuna contra el COVID-19**

NOTA: Mediante la firma de este formulario, doy fe de que la información arriba mencionada es verdadera y correcta.

Firma del paciente o del tutor legal: _____**Fecha:** _____

Persona autorizada para dar el consentimiento (*si no es el paciente*):

_____**Parentesco:** _____

~~~~~~~FOR OFFICE USE ONLY (SOLO PARA USO INTERNO)~~~~~~~~~~~

Section 5: COVID-19 Vaccine Immunization Documentation:

Date/Time	Vaccine	Mfg.	Lot No	Exp. Date	Site Given	Dose (Circle one:)	Dosage Amount	Date VIS or Fact Sheet Given	VIS or Fact Sheet Date
	COVID-19					Primary Additional Booster			

Nurse's/Clinician's signature and credentials:_____

(Signature above indicates immunization given according to most current SDOs)

DSHS Field Office Stamp

Interpreter (if used): _____

Section 6: Additional Clinician Documentation (if needed):

Observation Time ☐ 15 min ☐ 30 min End Time: _____

Date	Clinician Notes