

EMORY HEALTHCARE

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA COVID-19

Sección 1: Información del Empleado/Contratista

APELLIDO		NOMBRE		Fecha de Nacimiento	Género/Sexo	EDAD
HOSPITAL DONDE TRABAJA		No. DE EMPLEADO		SI ES CONTRATISTA, LISTE AL EMPLEADOR		
DOMICILIO/DIRECCION						
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO			
MEDICO FAMILIAR: Nombre		Dirección			Teléfono	
CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre		Relación			Teléfono	

¿ES ESTA SU PRIMERA O SEGUNDA DOSIS DE LA VACUNA CONTRA COVID-19?

- Si es su segunda dosis, ¿cuál fue la fecha de su primera? _____
- ¿Qué Vacuna recibió? Pfizer Moderna Otra

Sección 2: Preguntas para determinar si puede recibir la Vacuna

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deba recibir la Vacuna contra el COVID-19 el día de hoy. Si usted responde “sí” a cualquier pregunta, no necesariamente significan que no deba ser vacunado. Solamente significa que otras preguntas pueden ser necesarias. Si alguna pregunta no es clara, por favor pida a su proveedor de salud que le explique.

	SI	NO	No lo sé
1. ¿Está usted enfermo el día de hoy? (Por ejemplo: resfriado, fiebre, enfermedad aguda)			
2. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas dos semanas, ha recibido una Vacuna contra COVID-19 de algún otro fabricante o participo en algún ensayo clínico de la Vacuna de COVID-19?			
3. ¿Ha recibido terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente) como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?			
4. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a cualquier Vacuna contra COVID-19 o cualquiera de los siguientes ingredientes? Además del RNA mensajero, los ingredientes de la Vacuna Pfizer son: 4 lípidos diferentes (grasas) ((4-hidroxibutilol)azanediol)bis(hexano-6,1-diol)bis(2-hexildecanoato), 2[(polietilenglicol)-2000]- N,N-ditetradecilacetamida, 1,2-diestearoil-sn-glicero-3-fosfolina, y colesterol); cloruro de potasio; fosfato de potasio monobásico; cloruro de sodio; fosfato monobásico de sodio dihidrato; y sacarosa). Además del RNA mensajero, los ingredientes de la Vacuna Moderna son: 4 lípidos diferentes (SM-102, polietilenglicol [PEG] 2000 dimiristoil glicerol [DMG], colesterol, y 1,2-diestearoil-sn-glicero-3-fosfolina [DSPC]), trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato de sodio y sacarosa.			
5. ¿Ha sido diagnosticado con la infección de COVID-19 en los últimos 90 días?			
6. ¿Alguna vez ha tenido una reacción anafiláctica (por ejemplo: dificultad para respirar, urticaria, inflamación de la cara o lengua, presión arterial baja), o ha tenido otros síntomas severos después de recibir alguna otra vacuna o medicamento inyectable (inyección intravenosa, intramuscular, o subcutánea)?			
7. ¿Tiene antecedentes de reacción anafiláctica a cualquier otra cosa que no sea una vacuna o medicamento inyectable (como reacción a algún alimento, picadura de insectos o medicamento oral)?			
8. ¿Tiene problemas de sangrado o toma algún anticoagulante?			
9. ¿Tiene antecedentes de que su sistema inmunológico esté suprimido o debilitado?			

Consentimiento para la Vacuna contra COVID-19

10. ¿Es posible que usted esté embarazada o vaya a embarazarse en las próximas cuatro semanas, o está dando lactancia materna?

Si usted respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas del 1 al 4, usted no debe recibir la Vacuna contra el COVID-19 hoy:

- **Si usted está enfermo**, recomendamos que contacte la línea telefónica de COVID para programar su prueba de COVID, y retrasar su vacunación hasta que los síntomas se resuelvan. Si usted es diagnosticado con COVID-19, debe retrasar su vacunación por 90 días después del diagnóstico.
- **Si usted ha recibido alguna otra vacuna recientemente, además de COVID-19**, se recomienda que espere 2 semanas después de esa vacunación(es) previo a recibir la Vacuna contra COVID-19.
- **Si usted ha recibido la Vacuna contra COVID-19 de otro fabricante que no sea Pfizer o Moderna**, no deberá recibir otra Vacuna diferente de COVID-19 ya que no hay datos sobre la seguridad y eficacia al combinar vacunas de diferentes fabricantes. Si usted ha recibido su primera dosis de Pfizer o Moderna, su segunda dosis debe ser del mismo fabricante que la primera. Si usted fue vacunado como parte de un ensayo clínico, usted deberá contactar al equipo de investigación con cualquier pregunta o duda acerca de recibir la Vacuna contra COVID-19.
- **Si usted recibió anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente como tratamiento para COVID-19**, su vacunación debe ser retrasada por lo menos 90 días, como medida de precaución hasta que información adicional se encuentre disponible, para evitar interferencia del tratamiento de anticuerpos con la respuesta inmune inducida por la Vacuna.
- **Si usted tiene historia de reacción alérgica a cualquiera de los ingredientes de la Vacuna contra COVID-19, incluyendo reacción al momento de su primera dosis, usted no deberá recibir la Vacuna contra COVID-19 en ningún momento, basado en las recomendaciones actuales.**

Si usted respondió "Sí" a la pregunta 5:

- **Si usted ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 90 días**, recomendamos que espere 90 días después de su diagnóstico antes de recibir la Vacuna contra COVID-19. De acuerdo a la recomendación de la CDC, re-infección de COVID-19 dentro de 90 días es raro, en la situación de que haya suministro limitado de vacuna es razonable diferir la vacunación. También no hay datos acerca de la respuesta inmune de la vacunación contra COVID en proximidad con la infección por COVID. Sin embargo, una infección reciente de COVID no es contraindicación absoluta para la vacunación, usted puede decidir y proceder, en cuanto haya completado el criterio para discontinuar so aislamiento.

Si usted respondió "Sí" a la pregunta 6:

- Debe platicar con su médico la historia de su reacción, antes de tomar la decisión de proceder con la vacunación, para que pueda hablar de los posibles riesgos de una reacción alérgica comparada con los beneficios de la vacunación. Si usted decide proceder, lea el siguiente párrafo.

Si usted respondió "Sí" a las preguntas 6, 7 u 8, notifique al personal de salud antes de recibir la Vacuna contra COVID-19:

- **Si usted tiene historia de anafilaxia** a alguna otra cosa que no sean los ingredientes listados de la Vacuna, incrementaremos su tiempo de monitoreo después de la vacunación para asegurar que no haya evidencia de una reacción anafiláctica.
- **Si usted tiene historia de sangrados**, plíquese con su médico sobre la seguridad de una inyección intramuscular, antes de proceder. Si usted tiene problemas de sangrado o toma un anticoagulante, notifique al personal de salud para que tomen las medidas de precaución necesarias.

Si usted respondió "Sí" a la pregunta 9 o 10:

- Usted puede decidir aplicarse la Vacuna contra COVID-19 el día de hoy con el entendimiento de que aún no hay datos significativos sobre la seguridad y eficacia de la Vacuna en estos grupos. Si usted decide obtener la Vacuna contra COVID-19 hoy, continúe siguiendo todas las recomendaciones actuales para protegerse, incluyendo el uso de cubre boca, distanciamiento social y lavado de manos frecuentemente.

Si usted está listo para recibir la Vacuna contra COVID-19, por favor lea la siguiente declaración, firme y escriba su nombre indicando su consentimiento.

Sección 3: Consentimiento

Me han dado una copia y he leído o me han explicado, la información en la **HOJA INFORMATIVA** sobre la Vacuna contra COVID-19 y este documento de Consentimiento para Vacuna COVID-19. Entiendo que la FDA ha autorizado el uso emergente de la Vacuna contra COVID-19, la cual no es una vacuna aprobada por la FDA. Entiendo que actualmente no hay suficiente evidencia científica para que la FDA apruebe de manera total esta o cualquier otra Vacuna contra COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. También he sido informado que puedo acceder la aplicación para reportar de V-Safe de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en la dirección https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html#anchor_1607560764339.

Entiendo que la Vacuna contra COVID-19 me será proveída sin costo y que Emory NO está requiriendo a nadie que obtenga la vacuna en este momento.

Entiendo que la Vacuna contra COVID-19 requiere dos (2) dosis. Si ésta es mi primera dosis de la Vacuna contra COVID-19, tengo intención de recibir la segunda dosis de la misma vacuna de acuerdo al tiempo especificado en la Hoja Informativa para completar la serie de vacunación.

Estoy de acuerdo en permanecer en el área de la administración de la vacuna por quince (15) minutos (o más si así lo indica el administrador de la vacuna) después de recibir mi vacunación para asegurar que no ocurren reacciones secundarias inmediatas, y entiendo que si yo experimento alguna reacción adversa, será mi responsabilidad el darle seguimiento con mi médico familiar. Entiendo que los efectos secundarios reportados en los ensayos clínicos están resumidos en la **HOJA INFORMATIVA** para la

Consentimiento para la Vacuna contra COVID-19

Vacuna contra COVID-19. Los efectos secundarios no son severos en la mayoría de los casos y usualmente se resuelven en 24 horas. Si usted tiene preguntas sobre los efectos secundarios, puede llamar al Departamento de Employee Health at 404-686-8589, Opción 1, de las 7 am a las 11 pm, de Lunes a Sábado, y de 7 am a 3 pm los Domingos. Entiendo que ciertas reacciones alérgicas severas han sido reportadas fuera de los ensayos clínicos; si desarrollo síntomas de una reacción alérgica después de la vacunación, (como dificultad para respirar, dolor de pecho, o latidos rápidos, mareos, debilidad, inflamación de la cara o lengua, o urticaria en todo el cuerpo), **llamaré al 911 o iré a la Sala de Emergencia del Hospital más cercano.**

Entiendo que me pueden hacer preguntas adicionales durante mi cita antes de la administración de la Vacuna contra COVID-19 como parte del proceso de consentimiento para determinar si puedo recibir la Vacuna contra COVID-19 y/o la necesidad de asesoramiento sobre los riesgos en base a mis respuestas.

Entiendo los riesgos conocidos y potenciales, y los beneficios de la Vacuna contra COVID-19, como se han explicado en la HOJA INFORMATIVA y que algunos de los riesgos potenciales y los beneficios pueden permanecer sin conocerse, y **YO SOLICITO QUE SE ME APLIQUE LA VACUNA CONTRA COVID-19.**

FIRMA DEL EMPLEADO / CONTRATISTA: _____

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

Sección 4: Record de Vacunación

PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE

Vacuna	Dosis	Vía	Fecha de la dosis administrada	Fabricante de la Vacuna	Número de Lote	Fecha de Expiración	Nombre del Administrador de la Vacuna
COVID-19	____ ml <input type="checkbox"/> 1 ^a	<input type="checkbox"/> IM - I Brazo					
	____ ml <input type="checkbox"/> 2 ^{da}	<input type="checkbox"/> IM - D Brazo					