

**Vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech y vacuna COMIRNATY
(VACUNA DE ARNm CONTRA LA COVID-19)**

Formulario de consentimiento y evaluación para personas de 5 a 17 años

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR QUE RECIBE LA VACUNA (EN LETRA DE IMPRENTA)

NOMBRE DEL MENOR (Apellido)		(Nombre)	(Inic. del 2.º nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR (MM/DD/AÑO):	
RAZA DEL MENOR <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico			ETNIA <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		¿El menor tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL (Apellido)		(Nombre)	(Inic. del 2.º nombre)	EDAD DEL MENOR:	SEXO DEL MENOR: M / F
DIRECCIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO PARA LLAMAR DURANTE EL DÍA Y TELÉFONO CELULAR DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL:		

SECCIÓN 2: EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si existe alguna razón por la que su hijo no debería recibir la vacuna contra la COVID-19. **Si su respuesta es "Sí" a cualquiera de las preguntas, no significa necesariamente que su hijo no podrá vacunarse.** Solo quiere decir que es posible que debamos hacerle otras preguntas. Si no entiende alguna de las preguntas, pídale a su proveedor de salud que se la explique.

	SÍ	NO	NO SÉ
1. ¿Su hijo se siente enfermo en este momento?			
2. ¿Su hijo ha recibido una dosis de la vacuna contra la COVID-19? Si la respuesta es "Sí", ¿qué vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer BioNTech <input type="checkbox"/> Comirnaty <input type="checkbox"/> Otra marca: _____ Fecha: _____			
3. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción alérgica a los siguiente? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o con un autoinyector de epinefrina EpiPen®, o que provocó que su hijo fuera llevado al hospital. Además, incluye una reacción alérgica que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).</i>			
• Algún componente de la vacuna contra la COVID-19, incluidos, entre otros, los siguientes:			
○ polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como los laxantes o las preparaciones previas a la colonoscopia;			
○ polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, comprimidos recubiertos o esteroides intravenosos.			
• Una dosis anterior de la vacuna contra la COVID-19.			
4. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la de la COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o con un autoinyector de epinefrina EpiPen®, o que provocó que su hijo fuera llevado al hospital. Además, incluye una reacción alérgica que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).</i>			

5. Si alguno de los siguientes casos aplica a su hijo, marque todas las que correspondan:

- Tuvo una reacción alérgica grave a algo que no sea una vacuna o a un tratamiento inyectable, como a alimentos, a mascotas, a venenos, a factores ambientales o a medicamentos que se administran por vía oral.
- Es de sexo masculino y tiene entre 12 y 29 años.
- Tiene antecedentes de miocarditis o de endocarditis.
- Tuvo COVID-19 y recibió tratamiento con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.
- Fue diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de tener una infección por SARS-CoV-2.

- Tiene un sistema inmunitario débil (es decir, tiene infección por VIH, cáncer, etc.).
- Recibe medicamentos o tratamientos inmunosupresores.
- Tiene un trastorno hemorrágico.
- Toma anticoagulantes.
- Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH).
- Está embarazada o está en periodo de lactancia.
- Ha recibido rellenos dérmicos.
- Tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré (GBS).

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS Y LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH Y LA VACUNA COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA LA COVID-19)

La vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech y la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19) pueden evitar que la persona vacunada se enferme de COVID-19. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. aprobó la administración de la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19) en personas mayores de 16 años para prevenir la COVID-19. Además, la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech para prevenir la enfermedad en personas de entre doce (12) y quince (15) años conforme una autorización de uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA). La vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19) aprobada por la FDA y la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech autorizada por la FDA tienen la misma formulación y se pueden usar indistintamente. Se inyectan en el músculo y se administran en una serie de 2 dosis con 21 días de diferencia.

Es posible que la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech y la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19) no protejan a todos. Los efectos secundarios que se han informado de ambas vacunas contra la COVID-19 incluyen dolor, hinchazón o enrojecimiento en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular o articular, escalofríos, fiebre, náuseas, malestar e hinchazón de los ganglios linfáticos. Existe una mínima posibilidad de que la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech o la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19) pueda causar una reacción alérgica grave. Por lo general, esto ocurriría en unos minutos y hasta una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech o la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19). Por este motivo, un proveedor de la vacuna le pedirá a la persona vacunada que permanezca en el lugar donde recibió la vacuna para supervisarlo después de la administración. Algunos de los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón en el rostro y en la garganta, un latido cardíaco rápido o sarpullido intenso en todo el cuerpo.

SECCIÓN 4: CONSENTIMIENTO He revisado y entiendo la información sobre los riesgos y los beneficios de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech y la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19) de la sección 3 anterior. Al dar mi consentimiento a continuación, afirmo lo siguiente:

1. He revisado este formulario de consentimiento y evaluación.
2. He leído o me han leído la última versión (es decir, la versión más reciente publicada) de la DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA (VACCINE INFORMATION STATEMENT, VIS) O LA HOJA INFORMATIVA DE USO DE EMERGENCIA PARA DESTINATARIOS Y CUIDADORES ACERCA DE LA VACUNA COMIRNATY (VACUNA DE ARNm CONTRA LA COVID-19) Y LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) disponible en <https://www.fda.gov/media/144414/download>.
3. Tengo la autoridad legal para otorgar mi consentimiento para que el menor mencionado arriba reciba la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech o la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19) que se administran en una serie de dos (2) dosis con 21 días de diferencia.
4. Comprendo que no es necesario que acompañe al menor mencionado arriba a las citas de vacunación y que, al otorgar mi consentimiento a continuación, el menor puede recibir la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech o la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19) aunque yo no esté presente en las citas de vacunación.
5. Si cuento con un seguro de salud que cubra al menor mencionado arriba, autorizo que se le facturen a mi compañía de seguro los costos de la administración de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech o de la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19). El gobierno es responsable del pago real de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech o de la vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19) y no se me cobrará esa parte del costo de mi vacunación.
6. Comprendo que, conforme a la ley estatal, todas las vacunaciones se ingresarán en el registro de la Red de Inmunización de Louisiana (Louisiana Immunization Network, LINKS) operado por el Departamento de Salud de Louisiana. Puede encontrar más información sobre LINKS en <https://ldh.la.gov/index.cfm/page/3660>.

OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que _____ [ESCRIBA EL NOMBRE DEL CENTRO DE VACUNACIÓN] administre la correspondiente *vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech* o la *vacuna COMIRNATY (vacuna de ARNm contra la COVID-19)* al menor mencionado en la parte superior de este formulario. Además, he revisado la información incluida en la sección 4 de este formulario y la he aceptado.

_____ Fecha de la firma: mes ____ día ____ año ____
Firma del padre/de la madre/del tutor legal mencionado arriba

<u>Manufacturer</u>	<u>Lot #</u>	<u>Expiration Date</u>	<u>Route</u>	<u>Dose</u>	<u>Injection site</u>	<u>EUA Date</u>
Pfizer-BioNTech (5-11 years)			Intramuscular (IM)	0.2mL		10/29/2021
Pfizer BioNTech or Comirnaty (12 – 17 years)			Intramuscular (IM)	0.3mL		11/19/2021

Entered into LINKS (initial and date) _____ Notes/Comments: _____ rev. 11/29/2021