



FORMULARIO DE SELECCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA PARA LA COVID-19

Nombre de la institución de administración/identificación de la institución: _____

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre: Apellido: _____		Primer nombre: _____		Inicial del 2.º nombre: _____	
Fecha de nacimiento: Mes _____		Día _____		Año _____	
N.º de teléfono (paciente o tutor): () _____					
Dirección: _____			N.º de apartamento/habitación: _____		
Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
Nombre del tutor legal: Apellido: _____		Primer nombre: _____		Inicial del 2.º nombre: _____	
SEXO (Sexo asignado al nacer) <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Raza <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro no blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico			Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Desconocido
N.º de identificación de la compañía de seguros principal: _____		N.º de lote: _____		N.º de teléfono de la compañía de seguros _____	
Compañía de seguros: _____		Relación: _____		Fecha de nacimiento del asegurado _____	
N.º de identificación de la compañía de seguros secundaria: _____		N.º de lote: _____		N.º de teléfono de la compañía de seguros _____	
Compañía de seguros: _____		Relación: _____		Fecha de nacimiento del asegurado _____	
¿Designación del número de dosis de la vacuna para la COVID-19? <input type="checkbox"/> Primera dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis <input type="checkbox"/> Tercera dosis*					

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE LA COVID-19

Marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Tiene hoy o ha tenido en algún momento de los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida repentina del sentido del olfato o del gusto, dolor de garganta, congestión (nariz tapada) o secreción nasal (moqueo), náuseas, vómitos o diarrea?		
2. ¿Ha tenido un resultado positivo en una prueba de detección de infección con la COVID-19 o se le han diagnosticado esta en los últimos 10 días?		
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., necesitó epinefrina o atención en un hospital) a una dosis previa de esta vacuna o a alguno de los ingredientes de esta vacuna?		
4. ¿Ha recibido alguna terapia de anticuerpos contra la COVID-19 en los últimos 90 días (p. ej., Regeneron, plasma de convalecientes de COVID, etc.?)		

SECCIÓN 3: GUÍA DE SELECCIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN CON LA VACUNA PARA LA COVID-19

Marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
5. ¿Lleva con usted un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o al látex?		
6. En el caso de las mujeres, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada?		
7. En el caso de las mujeres, ¿está amamantando actualmente?		
8. ¿Está inmunodeprimido/a o está recibiendo un medicamento que afecta al sistema inmunitario?		
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?		
10. ¿Es una mujer de 18 a 49 años de edad que recibe la vacuna de Janssen (Johnson and Johnson) contra la COVID-19?		
11. Si es menor de 18 años, ¿sabe usted y/o su tutor que usted solo es elegible para recibir la vacuna de Pfizer?		

12. ¿Ha recibido una dosis previa de alguna vacuna para la COVID-19? En caso afirmativo, ¿de qué fabricante era la vacuna que recibió?		
*13. Si esta es su tercera dosis, ¿está usted de moderada a severamente inmunocomprometido? (por ejemplo, receptor de un trasplante de órgano sólido, medicamentos inmunosupresores, tratamiento activo para el cáncer, etc.) Tenga en cuenta que una tercera dosis de la vacuna de ARNm sólo se recomienda en este momento para aquellos que están de moderada a severamente inmunocomprometidos y debe ocurrir al menos 28 días después de la dosis anterior de la vacuna de ARNm.		

- Certifico que: (a) soy el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) soy el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 12 años de edad (para el consentimiento para la vacuna de Pfizer únicamente); o (c) estoy legalmente autorizado para otorgar el consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, otorgo mi consentimiento para que el Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health, DOH) o sus agentes administren la vacuna para la COVID-19.
- Entiendo que este medicamento no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado por la FDA para su uso de emergencia, en virtud de una Autorización para uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) para prevenir la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19), para su uso en personas de 12 años de edad o mayores (Pfizer únicamente), o bien, de 18 años de edad o mayores (Pfizer, Moderna y Johnson and Johnson); y el uso de emergencia de este medicamento solo está autorizado durante la vigencia de la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización de dicho uso de urgencia del medicamento en virtud de la Sección 564(b)(1) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (Food, Drug, and Cosmetic Act, FD&C Act), a menos que se termine la declaración o se revoque antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas a la administración de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la vacuna mencionada anteriormente y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja informativa de uso de emergencia sobre la vacuna para la COVID-19 que he elegido recibir. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que me respondieron dichas preguntas de forma satisfactoria.
- Reconozco que se me ha aconsejado que permanezca cerca del centro de la vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más, en casos específicos) para estar en observación después de la administración de la vacuna. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad al Estado de Florida, al Departamento de Salud (Department of Health, DOH) de Florida, a la División de Manejo de Emergencias de Florida (Florida Division of Emergency Management, FDEM) y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de la administración de la vacuna mencionada anteriormente, o que esté relacionada con ella de cualquier manera.
- Doy fe de que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de Florida SHOTS, el registro de vacunación de Florida; y que (b) el DOH incluirá mi información personal de vacunación en Florida SHOTS y que esta será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al DOH, a la FDEM o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin que se me pague una cobertura suplementaria por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al DOH, la FDEM o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago del cual soy financieramente responsable se deberá realizar al momento del servicio, o si el DOH me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.
- Confirmo la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad del DOH.

Firma del paciente o representante autorizado _____ Fecha: _____

Nombre del representante, en letra de imprenta, y relación con la persona que recibe la vacuna:

Centro (LD/RD)	Ruta	Fabricante (MVX)	N.º de lote unidad de uso/unidad de venta	Fecha de vencimiento	Fecha de la Hoja informativa de la EUA
	i.m.				

Administrada en la ubicación: nombre/identificación de la institución	
---	--

Administrada en la ubicación: tipo	
Dirección de la administración:	
CVX (producto)	
Organización de envío:	

Nombre del vacunador, en letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Sufijo del proveedor que administra la vacuna: _____



COVID-19 VACCINE SCREENING AND CONSENT FORM

Administration Facility Name/Facility ID: _____

SECTION 1: INFORMATION ABOUT PATIENT (PLEASE PRINT)

Name: Last:		First:		Middle Initial:	
Date of Birth: Month		Day	Year	Mobile Phone Number (Patient or Guardian): ()	
Address:				Apt/Room #:	
City:		State:		Zip:	
Name of Legal Guardian: Last:		First:		Middle Initial:	
Sex (Gender assigned at birth) <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male		Race <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other Asian <input type="checkbox"/> Other Nonwhite <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown			Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Unknown
Primary Insurance Carrier ID #:		Grp #:		Insurance Company Phone #:	
Insurance Company:		Relationship:		Insured's Date of Birth:	
Insured's Name:		Grp #:		Insurance Company Phone #:	
Secondary Insurance Carrier ID #:		Relationship:		Insured's Date of Birth:	
Insurance Company:		Grp #:		Insurance Company Phone #:	
Insured's Name:		Relationship:		Insured's Date of Birth:	
Designation of COVID-19 vaccination dose number? <input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Second Dose <input type="checkbox"/> Third Dose*					

SECTION 2: COVID-19 SCREENING QUESTIONS

Please check YES or No for each question.	Yes	No
1. Do you have today or have you had at any time in the last 10 days a fever, chills, cough, shortness of breath, difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, headache, new loss of taste or smell, sore throat, congestion or runny nose, nausea, vomiting, or diarrhea?		
2. Have you tested positive for and/or been diagnosed with COVID-19 infection within the last 10 days?		
3. Have you had a severe allergic reaction (e.g. needed epinephrine or hospital care) to a previous dose of this vaccine or to any of the ingredients of this vaccine?		
4. Have you had any COVID-19 Antibody therapy within the last 90 days (e.g. Regeneron, COVID Convalescent Plasma, etc.)		

SECTION 3: IMMUNIZATION SCREENING GUIDANCE FOR COVID-19 VACCINE

Please check YES or No for each question.	Yes	No
5. Do you carry an Epi-pen for emergency treatment of anaphylaxis and/or have allergies or reactions to any medications, foods, vaccines or latex?		
6. For women, are you pregnant or is there a chance you could become pregnant?		
7. For women, are you currently breastfeeding?		
8. Are you immunocompromised or on a medication that affects your immune system?		
9. Do you have a bleeding disorder or are you on a blood thinner/blood-thinning medication?		
10. Are you a female age 18 to 49 years old receiving the Janssen (Johnson and Johnson) COVID-19 vaccine?		
11. If you are under the age of 18 are you and/or your guardian aware that you are only eligible to receive the Pfizer vaccine?		
12. Have you received a previous dose of any COVID-19 vaccine? If yes, which manufacturer's vaccine did you receive:		
*13. If this is your <u>third</u> dose, are you moderately to severely immunocompromised (e.g. solid organ transplant recipient, immunosuppressant medications, active treatment for cancer, etc.) Note that a third dose of mRNA vaccine is only recommended at this time for those who are moderately to severely immunocompromised and must occur at least 28 days after the previous mRNA vaccine dose.		

- I certify that I am: (a) the patient and at least 18 years of age; (b) the legal guardian of the patient and confirm that the patient is at least 12 years of age (for Pfizer vaccine consent only); or (c) legally authorized to consent for vaccination for the patient named above. Further, I hereby give my consent to the Florida Department of Health (DOH) or its agents to administer the COVID-19 vaccine.
- I understand that this product has not been approved or licensed by FDA, but has been authorized for emergency use by FDA, under an EUA to prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) for use in individuals either 12 years of age or older (Pfizer only) or 18 years of age and older (Pfizer, Moderna and Johnson and Johnson) ; and the emergency use of this product is only authorized for the duration of the declaration that circumstances exist justifying the authorization of emergency use of the medical product under Section 564(b)(1) of the FD&C Act unless the declaration is terminated or authorization revoked sooner.
- I understand that it is not possible to predict all possible side effects or complications associated with receiving vaccine(s). I understand the risks and benefits associated with the above vaccine and have received, read and/or had explained to me the Emergency Use Authorization Fact Sheet on the COVID-19 vaccine I have elected to receive. I also acknowledge that I have had a chance to ask questions and that such questions were answered to my satisfaction.
- I acknowledge that I have been advised to remain near the vaccination location for approximately 15 minutes (or more in specific cases) after administration for observation. If I experience a severe reaction, I will call 9-1-1 or go to the nearest hospital.
- On behalf of myself, my heirs and personal representatives, I hereby release and hold harmless the State of Florida, the Florida Department of Health (DOH), the Florida Division of Emergency Management (FDEM) and their staff, agents, successors, divisions, affiliates, subsidiaries, officers, directors, contractors and employees from any and all liabilities or claims whether known or unknown arising out of, in connection with, or in any way related to the administration of the vaccine listed above.
- I acknowledge that: (a) I understand the purposes/benefits of Florida SHOTS, Florida's immunization registry and (b) DOH will include my personal immunization information in Florida SHOTS and my personal immunization information will be shared with the Centers for Disease Control (CDC) or other federal agencies.
- I further authorize DOH, FDEM, or its agents to submit a claim to my insurance provider or Medicare Part B without supplemental coverage payment for me for the above requested items and services. I assign and request payment of authorized benefits be made on my behalf to DOH, FDEM, or its agents with respect to the above requested items and services. I understand that any payment for which I am financially responsible is due at the time of service or if DOH invoices me after the time of service, upon receipt of such invoice.
- I acknowledge receipt of the DOH Notice of Privacy Practices.

Signature of Patient or Authorized Representative _____ Date: _____

Print Name of Representative and Relationship to Person Receiving Vaccine: _____

Site (LD/RD)	Route	Manufacturer (MVX)	Lot # Unit of Use/ Unit of Sale	Expiration Date	Date of EUA Fact Sheet
	IM				

Administered at location: facility name/ID	LEVY COUNTY
Administered at location: Type	HEALTH DEPARTMENT
Administration Address:	66 WEST MAIN STREET BRONSON, FL 32621
CVX (product)	
Sending organization:	

Vaccinator Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Vaccine administering provider suffix: _____