

Formulario de Administración y Detección para la vacuna contra el COVID-19 en Colorado



Por favor escriba claramente en mayúscula, como en el siguiente ejemplo

E J E M P L O 1 2 3

Por favor conteste todas las preguntas lo más completas posible

**Las preguntas de evaluación de salud se encuentran en el dorso de este documento

Información personal. Provea la información lo más completa posible. Toda la información se mantendrá confidencial.

Apellido(s)

Nombre(s) **Inicial del segundo nombre**

Fecha de Nacimiento / / **Número de calle o buzón**

Mes Día Año

Nombre de la calle

Número del apartamento **Ciudad** **Condado**

Estado **Código postal** **Número telefónico** - -

Identidad de género
 M F X Sin-especificar Declinó responder

Correo electrónico

Raza(s) elija todos los que aplican
 Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico Blanco
 Asiático Otro
 Negro, Afroamericano Declinó responder

Etnicidad
 Hispano/Latin/a/o/x
 No-Hispano/Latin/a/o/x
 Declinó responder

Información del seguro médico
 Medicaid Medicare Kaiser Permanente Otro privado Sin seguro

Número de póliza del seguro

¿Ya recibió la vacuna contra el Covid-19 S N **¿Cuándo? (Fecha)** _____ **¿Marca?** _____

Marque en qué fase entra (elija una sola opción)

1A. Empleado de atención médica de alto riesgo

1B.1 Empleado de atención médica de riesgo moderado, 70+ años de edad y personal de emergencia

1B.2 Edades 65-69, educadores de PK.12 y empleados del cuidado para niños en programas autorizados, continuidad del gobierno 1) Empleados del cuidado para niños en programas autorizados 2) Maestros (de tiempo completo y suplentes) autobús, comida, terapeutas, administrativos, seguridad y otros servicios ofrecidos dentro de la escuela; 3) Miembros selectos de los poderes Ejecutivo y Judicial

1B.3 a. Personas edades 60+, empleados esenciales de primera línea en supermercados y el área agrícola: Empleados que no pueden mantener distancia en su lugar de trabajo, trabajan en contacto cercano con muchas personas, especialmente en ambientes cerrados y en lugares con mala ventilación: empleados de plantas de envasado de carne, supermercados y del área agrícola

1B.3 b. Personas edades 16-59 con dos o más condiciones de mayor riesgo: Marque todos los que aplican:

Cáncer- actualmente recibiendo tratamiento o tratado dentro del último mes;

Enfermedad renal crónica

EPOC

Diabetes Mellitus (tipo 1 y 2)

Síndrome de Down

Condiciones específicas del corazón:

Insuficiencia cardíaca,

Miocardiopatía o arteriopatía coronaria,

Enfermedad valvular grave/ afección cardíaca congénita

Obesidad (IMC \geq 30 kg/m²)

Embarazo

Anemia drepanocítica

Trasplante de órgano

Personas con discapacidades que impide el uso del tapabocas

Personas con discapacidades que requieren atención domiciliar directa

1B.4 Personas de edades 50+; Las personas que no pueden mantener distancia física en su lugar de trabajo o que trabajan en contacto cercano con muchas otras personas en ambientes cerrados o que trabajan en un lugar de mala ventilación:

Empleados en ambientes de educación superior

Empleados esenciales de primera línea en las áreas de:

Alimentos/Servicio de restaurante

Fabricación

Servicio postal de los Estados Unidos

Transporte público y transporte especializado

Salud Pública

Servicios humanos

Proveedores de cuidado directo para habitantes de CO sin hogar

Periodistas esenciales de primera línea

Continuidad del gobierno local

Continuidad de operaciones del gobierno estatal

Adultos que recibieron un placebo durante ensayos clínicos de la vacuna contra el COVID-19

Personas edades 16-49 con 1 condición de mayor riesgo de 1.B.3 o en adelante:

Asma (moderado o severo)

Enfermedad cerebrovascular

Fibrosis quística

Hipertensión

Inmunocomprometido debido a trasplante de sangre o médula ósea

Deficiencias inmunológicas

VIH

Uso de corticoides u otros medicamentos que debilitan el sistema inmune

Condiciones neurológicas (demencia)

Enfermedad hepática

Fibrosis pulmonar

Talasemia (trastorno sanguíneo)

2. Público general: Todo habitante de CO no incluido en las otras fases debido a un riesgo menor de exposición o son menos probables a contraer una enfermedad grave a causa del COVID-19

Apellido(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inicial de segundo nombre

--	--

Fecha de nacimiento

		/			/				
Mes			Día			Año			

Dosis número 1 2

Preguntas de evaluación de salud		Sí	No
1.	¿Está enfermo hoy?		
2.	¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica al polisorbato, polietilenglicol o a la dosis anterior del COVID-19?		
3.	¿Tuvo alguna reacción grave (anafilaxia) ante otra vacuna o medicamento inyectable?		
4.	¿Tuvo alguna reacción alérgica grave a animales, comida, entorno o medicamentos orales?		
5.	¿Está embarazada o en periodo de lactancia?		
6.	¿Recibió alguna vacuna dentro de los últimos 14 días?		
7.	¿Recibió algún relleno dérmico? (Juvaderm®, Restylane®, etc.)? (solo aplica para vacunas de ARNm)		
8.	¿Ha estado enfermo o hace poco que se recuperó de un caso confirmado del COVID-19 dentro de los últimos 3 meses?		
9.	¿Recibió plasma convaleciente o anticuerpos monoclonales como parte de su tratamiento para el COVID-19 dentro de los últimos 3 meses?		

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

Lo leí o me lo explicaron, y entiendo el riesgo y los beneficios de recibir la vacuna contra el COVID-19. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron muy bien contestadas. Por el presente, libero al proveedor, sus empleados y los voluntarios de cualquier responsabilidad que pueda ocurrir después de la administración de la vacuna.

Firma del paciente o padre/tutor: _____

Fecha: _____

DETÉNGASE - POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

COVID/VFC PIN <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Clinic Name <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Provider Type: <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Private	Prescribing Provider Name <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Manufacturer <input type="checkbox"/> PFR (Pfizer) <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Janssen	Lot Number <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Dosage <input type="checkbox"/> 0.3 ml <input type="checkbox"/> 0.5 ml	Site <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> RT	Date Administered <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>M</td><td>M</td><td></td><td>D</td><td>D</td><td></td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr></table>			/			/					M	M		D	D		Y	Y	Y	Y																			
		/			/																																																										
M	M		D	D		Y	Y	Y	Y																																																						
Administered by: Name _____ Title _____																																																															

Precautions/Contraindications for vaccination

Triage of persons presenting for COVID-19 vaccination

	CONTRAINDICATION TO VACCINATION	PRECAUTION TO VACCINATION	MAY PROCEED WITH VACCINATION
ALLERGIES	<p>History of the following are contraindications to receiving either of the mRNA COVID-19 vaccines:</p> <ul style="list-style-type: none"> Severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) after a previous dose of an mRNA COVID-19 vaccine or any of its components Immediate allergic reaction[#] of any severity to a previous dose of an mRNA COVID-19 vaccine or any of its components (including polyethylene glycol)[^] Immediate allergic reaction of any severity to polysorbate^{*^} 	<ul style="list-style-type: none"> Among persons without a contraindication, a history of: <ul style="list-style-type: none"> Any immediate allergic reaction[#] to vaccines or injectable therapies <p>NOTE: people with contraindication to mRNA COVID-19 vaccines have a precaution to Janssen COVID-19 vaccine, and vice versa. See footnote for additional information on additional measures to take in these people.*</p>	<p>Among persons without a contraindication or precaution, a history of:</p> <ul style="list-style-type: none"> Allergy to oral medications (including the oral equivalent of an injectable medication) History of food, pet, insect, venom, environmental, latex, etc., allergies Family history of allergies
ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> Do not vaccinate[^] Consider referral to allergist-immunologist 	<ul style="list-style-type: none"> Risk assessment 30 minute observation period if vaccinated Consider deferral of vaccination for further risk assessment and possible referral to allergist-immunologist 	<ul style="list-style-type: none"> 30 minute observation period: Persons with a history anaphylaxis (due to any cause) 15 minute observation period: All other persons

[#] Any hypersensitivity-related signs or symptoms consistent with urticaria, angioedema, respiratory distress (e.g., wheezing, stridor), or anaphylaxis that occur within four hours following administration.

[^]These persons should not receive mRNA COVID-19 vaccination at this time unless they have been evaluated by an allergist-immunologist and it is determined that the person can safely receive the vaccine (e.g., under observation, in a setting with advanced medical care available)

^{*}Polyethylene glycol (PEG), an ingredient in both mRNA COVID-19 vaccines, is structurally related to polysorbate and cross-reactive hypersensitivity between these compounds may occur. Information on ingredients of a vaccine or medication (including PEG, a PEG derivative, or polysorbates) can be found in the package insert. PEG and polysorbate are common excipients in many vaccines, injectable therapies, and other products. Persons with a known (diagnosed) allergy to PEG, another mRNA vaccine component, or polysorbate, have a contraindication to vaccination. Persons with a reaction to a vaccine or injectable therapy that contains multiple components, one of which is PEG, another mRNA vaccine component or polysorbate, but in whom it is unknown which component elicited the immediate allergic reaction have a precaution to vaccination. Polysorbate 80 is an ingredient in Janssen COVID-19 vaccine. People with a contraindication to Janssen COVID-19 vaccine (including due to a known allergy to polysorbate) have a precaution to mRNA COVID-19 vaccines. For people with these precautions, referral to an allergist or immunologist should be considered.

Potential characteristics of allergic reactions, vasovagal reactions, and vaccine side effects following mRNA COVID-19 vaccination

Characteristics	Immediate allergic reactions (including anaphylaxis)	Vasovagal reaction	Vaccine side effects (local and systemic)
Timing after vaccination	Most occur within 15-30 minutes of vaccination	Most occur within 15 minutes	Median of 1 to 3 days after vaccination (with most occurring the day after vaccination)
Sign and symptoms			
Constitutional	Feeling of impending doom	Feeling warm or cold	Fever, chills, fatigue
Cutaneous	Skin symptoms present in ~90% of people with anaphylaxis, including pruritus, urticarial, flushing, angioedema	Pallor, diaphoresis, clammy skin, sensation of facial warmth	Pain, erythema or swelling at injection site; lymphadenopathy in same arm as vaccination
Neurologic	Confusion, disorientation, dizziness, lightheadedness, weakness, loss of consciousness	Dizziness, lightheadedness, syncope (often after prodromal symptoms for a few seconds or minutes), weakness, changes in vision (such as spots of flickering lights, tunnel vision), changes in hearing	Headache
Respiratory	Shortness of breath, bronchospasm, wheezing, stridor, hypoxia	Variable; if accompanied by anxiety, might have an elevated respiratory rate	N/A
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, abdominal cramps, diarrhea	Nausea, vomiting	Vomiting or diarrhea might occur
Musculoskeletal	N/A	N/A	Myalgia, arthralgia
Vaccine recommendations			
Recommended to receive 2 nd dose of mRNA COVID-19 vaccine?	NO	Yes	Yes