

**COMINARTY/Pfizer-BioNTech Vacuna contra la COVID-19**

City of Lubbock Health Department  
806 18<sup>th</sup> Street, 79401  
806-775-2933

**Primera Dosis      Segunda Dosis      Refuerzo Dosis**

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Sexo M / F	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Raza: Indígena americano/nativo de Alaska      Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Asiático      Negro      Blanco      Otro			Etnia: Hispano      No hispano		
Teléfono	Primer nombre de su madre		Apellido de soltera de su madre		
<b>Si esta es su segunda o refuerzo dosis:</b>		Fecha de la anterior dosis:	Proveedor de anterior dosis:		

**Preguntas de exclusión:** Responder de manera afirmativa a cualquiera de estas preguntas lo excluye de recibir la vacuna.

¿Tiene antecedentes conocidos de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a alguno de los componentes de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech que incluye: mRNA, lipids ((4-hydroxybutyl) azanediyl) bis (hexane-6,1-diyl) bis (2-hexyldecanoate), 2 [(polyethylene glycol)-2000]-N,N-ditetradecylacetamide, 1,2-Distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine, and cholesterol), potassium chloride, monobasic potassium phosphate, sodium chloride, dibasic sodium phosphate dihydrate, and sucrose?	Sí	No
¿Eres menor de 5 años?	Sí	No

**Preguntas de detección:**

En las últimas dos semanas, ¿ha probado positivo por COVID-19?	Sí	No	
En las últimas dos semanas, ¿ha estado expuesto a una distancia de seis pies o menos de una persona que haya recibido un resultado positivo de COVID-19 durante 15 minutos o más, sin usar el equipo de protección personal apropiado?	Sí	No	
¿Ha tenido recientemente fiebre, escalofríos, tos, disnea, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida del olfato o el gusto, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea?	Sí	No	
En los últimos 90 días, ¿ha recibido terapia pasiva con anticuerpos; es decir, plasma de una persona convaleciente o anticuerpo monoclonal, como parte de su tratamiento para la COVID-19?	Sí	No	
¿Está embarazada, se encuentra amamantando o planifica embarazarse?	Sí	No	
¿Está inmunocomprometido o toma algún medicamento que afecte su sistema inmunológico?	Sí	No	
¿Sufre de algún trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes?	Sí	No	
¿Tiene antecedentes de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a otra vacuna o medicamento inyectable? Si respondió afirmativamente, a qué vacuna o medicamento inyectable:	Sí	No	
Si respondí que <b>sí</b> a algunas de las preguntas hechas previamente, certifico que he conversado con mi proveedor sobre mi afección y que me recomienda la vacunación, o reconozco que podrían existir riesgos y doy mi consentimiento para vacunarme.	Sí	No	N/A

Se le ofrece COMIRNATY (vacuna COVID-19, ARNm) o la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2. *La Hoja de Datos para Destinatarios y Cuidadores* comprende la Hoja de Datos para la vacuna COVID-19 autorizada de Pfizer-BioNTech y también incluye información sobre la vacuna con licencia de la FDA, COMIRNATY (vacuna COVID-19, ARNm). La vacuna COMIRNATY (vacuna COVID-19, ARNm) aprobada por la FDA y la vacuna COVID-19 Pfizer-BioNTech autorizada por la FDA bajo autorización de uso de emergencia (EUA) tienen la misma formulación y se pueden usar indistintamente para proporcionar la serie de vacunación COVID-19.

COMIRNATY (vacuna COVID-19, ARNm) es una vacuna COVID-19 aprobada por la FDA fabricada por Pfizer para BioNTech. Está aprobado como una serie de 2 dosis para la prevención de COVID-19 en personas mayores de 16 años. También está autorizado por EUA para administrarse a: 1) un esquema primario de dos dosis a personas de 12 a 15 años de edad; 2) proporcione una tercera dosis a personas de 12 años de edad o mayores que se haya determinado que tienen ciertos tipos de inmunodepresión; y 3) una dosis única de refuerzo en personas: 65 años de edad y mayores, 18 a 64 años de edad con alto riesgo de COVID-19 grave, y 18 a 64 años de edad cuya frecuente exposición institucional u ocupacional al SARS-CoV-2 los pone en alto riesgo de complicaciones graves de COVID-19 incluyendo COVID-19 grave.

La vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 ha recibido EUA de la FDA para proporcionar: 1) un esquema primario de dos dosis en personas de 5 años de edad y mayores; 2) proporcione una tercera dosis a personas de 12 años de edad o mayores que se haya determinado que tienen ciertos tipos de inmunodepresión; 3) una dosis única de refuerzo en personas 65 años de edad y mayores, 18 a 64 años de edad con alto riesgo de COVID-19 grave, y 18 a 64 años de edad cuya frecuente exposición institucional u ocupacional al SARS-CoV-2 los pone en alto riesgo de complicaciones graves de COVID-19 incluyendo COVID-19 grave; y 4) una única dosis de refuerzo para las personas elegibles que hayan completado la vacunación primaria con una vacuna COVID-19 autorizada diferente.

*La Hoja de Datos para Destinatarios y Cuidadores* sobre vacunas contiene información para ayudarlo a comprender los riesgos y beneficios de COMIRNATY (vacuna COVID-19, ARNm) y la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19, que puede recibir debido a que actualmente hay una pandemia de COVID-19. Hable con su proveedor de vacunas si tiene preguntas. COMIRNATY (vacuna COVID-19, ARNm) y la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 se administran en una serie de 2 dosis, con 3 semanas de diferencia, en el músculo. Según la EUA, para las personas que se determina que tienen ciertos tipos de inmunodepresión, se puede administrar una tercera dosis al menos 4 semanas después de la segunda dosis. COMIRNATY (vacuna COVID-19, ARNm) y la vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 pueden no proteger a todos.

Al firmar este formulario, usted brinda su consentimiento informado a la ciudad de Lubbock para administrar la vacuna COMIRNATY o Pfizer-BioNTech COVID-19. Usted acepta que se le ha brindado la oportunidad de revisar *La Hoja de Datos para Destinatarios y Cuidadores*, hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a la vacuna y la opción de rechazar recibir la vacuna después de revisar *La Hoja de Datos para Destinatarios y Cuidadores*. También comprende y acepta divulgar su información en este formulario de consentimiento a las autoridades de salud estatales o federales con el fin de realizar un seguimiento de las vacunas durante una emergencia de salud pública.

<b>Nombre en letra de imprenta</b>		<b>Firma</b>		<b>Fecha</b>
<b>Menor de 18 años, nombre del padre / guardián</b>		<b>Firma del Padre / guardián</b>		<b>Fecha</b>
<b>Clinic Use</b>				
<b>MANUFACTURER</b>	<b>LOT NUMBER</b>	<b>EXP DATE</b>	<b>DOSE</b>	<b>IM SITE</b>
Pfizer-BioNTech			0.3 mL / 0.2 mL	
<b>Administered by:</b>			<b>Date:</b>	

ImmTrac: Date \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_

**Release Time:** \_\_\_\_\_