

Moderna Vacuna contra la COVID-19

City of Lubbock Health Department

806 18th 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		Nombre de la madre		Apellido de soltera de la madre	
Si esta es su segunda o refuerzo dosis:		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 una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a cualquier ingrediente de la vacuna Moderna COVID-19 que incluye: ácido ribonucleico mensajero (ARNm), lípidos (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 trihidratado y sacarosa?	Sí	No
¿Eres menor de 18 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 sí 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	NA

Se le ofrece la vacuna Moderna COVID-19 para prevenir la enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el SARS-CoV-2. *La Hoja de Datos para Destinatarios y Cuidadores* contiene información para ayudarlo a comprender los riesgos y beneficios de la vacuna Moderna COVID-19, que puede recibir debido a que actualmente existe una pandemia de COVID-19. Lea *La Hoja de Datos para Destinatarios y Cuidadores* para obtener información sobre la vacuna Moderna COVID-19 y hable con el proveedor de vacunación si tiene preguntas.

La vacuna Moderna COVID-19 es una vacuna no aprobada que puede prevenir COVID-19. La FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna Moderna COVID-19 para prevenir el COVID-19 en personas de 18 años o más bajo una Autorización de uso de emergencia (EUA). Es su elección recibir la vacuna Moderna COVID-19. La vacuna Moderna COVID-19 se administra como una serie de 2 dosis, con 1 mes de diferencia, en el músculo. Es posible que la vacuna Moderna COVID-19 no proteja a todos. Si recibe una dosis de la vacuna Moderna COVID-19, debe recibir una segunda dosis de la misma vacuna 1 mes después para completar la serie de vacunación. Si está inmunodeprimido, puede recibir una tercera dosis de la vacuna Moderna COVID-19 al menos 1 mes después de la segunda dosis.

Al firmar este formulario, está brindando su consentimiento informado a la Ciudad de Lubbock para administrar la vacuna Moderna 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 negarse a 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.

Nombre en letra de imprenta	Firma	Fecha
------------------------------------	--------------	--------------

Clinic Use

MANUFACTURER	LOT NUMBER	EXP DATE	DOSE	IM SITE
Moderna			0.5 mL	

Administered by:

Date:

ImmTrac: Date _____ Initials _____

Release Time: _____