

LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 DE MODERNA es una vacuna desarrollada por Moderna para prevenir la COVID-19. Esta vacuna ha sido autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para su uso conforme una autorización de uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA). No hay una vacuna aprobada por la FDA para prevenir la COVID-19. El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para recibir esta vacuna.

**Preguntas de exclusión: Si responde de manera afirmativa a alguna de estas preguntas, no podrá recibir la vacuna.**

¿Tiene algún antecedente conocido de reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algún componente de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna?: SM-102, polietilenglicol [PEG, polyethylene glycol] 2000 dimiristoil glicerol [DMG, dimyristoyl glycerol], colesterol y 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina [DSPC], trometamina, clorhidrato de trometamina, ácido acético, acetato de sodio y sacarosa.	Sí	No
¿Tuvo alguna reacción alérgica inmediata de CUALQUIER gravedad a una dosis previa de una vacuna de ARNm contra la COVID-19 o a cualquiera de sus componentes, incluidos el polietilenglicol (PEG) o el polisorbato (debido a una potencial hipersensibilidad de reacción cruzada con el PEG)?	Sí	No
¿Es usted menor de 18 años?	Sí	No
¿Ha recibido alguna vacuna de cualquier tipo en los últimos 14 días? Si responde de manera afirmativa a esta pregunta, no podrá recibir la vacuna en este momento.	Sí	No

**Preguntas de evaluación:** *Vacunador: Si el paciente responde "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, consulte con el proveedor antes de proceder con la administración.*

¿Se siente enfermo hoy?	Sí	No
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra la COVID-19?	Sí	No
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si responde que "sí", ¿qué vacuna recibió?  <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otra vacuna _____</li> </ul>		
En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo en la prueba de COVID-19?	Sí	No
En los últimos 90 días, ¿ha recibido un tratamiento con anticuerpos pasivos (es decir, plasma de convalecientes o un anticuerpo monoclonal) como parte del tratamiento contra la COVID-19?	Sí	No
¿Está embarazada, está amamantando o planea quedar embarazada? *	Sí	No
¿Tiene el sistema inmunitario comprometido o está tomando algún medicamento que afecta su sistema inmunitario?	Sí	No
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes? *	Sí	No
¿Tiene un sistema inmunitario debilitado debido a alguna afección, como infección por VIH o cáncer, o recibe medicamentos o tratamientos inmunosupresores?	Sí	No
¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas graves (por ejemplo, anafilaxia) a otra vacuna o medicamento inyectable? Si responde que "sí", indique qué vacuna o medicamento inyectable: _____	Sí	No
<b>Nota: Debe permanecer en el área de observación durante 30 minutos después de la vacunación.</b>		

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es afirmativa, doy fe que he hablado de mi afección con mi proveedor y que se recomienda la vacunación, o reconozco que puede haber riesgos y doy mi consentimiento para proceder con la vacunación.	Sí	No	N/A
---	----	----	-----

\* Hasta la fecha, las mujeres embarazadas y en período de lactancia no han sido incluidas en ningún ensayo clínico de la vacuna contra la COVID-19, por lo que no hay datos de seguridad específicos para esta población en la actualidad. Si está embarazada, planea quedar embarazada o está amamantando, le recomendamos seriamente hablar con su proveedor de atención médica antes de recibir la vacuna.

\*Vacunador: Si el paciente responde de manera afirmativa a la pregunta sobre los anticoagulantes, indique al paciente que controle el lugar de la inyección para ver si se forman moretones o si hay hinchazón. Si se presenta alguno de estos signos, el paciente puede usar una compresión y hielo para aliviarlos.

Sé que, si tengo una reacción alérgica grave, que incluye dificultad para respirar, hinchazón del rostro o la garganta, aceleración del ritmo cardíaco, un sarpullido intenso en todo el cuerpo, o mareos y debilidad, debo llamar al 911 o ir al hospital más cercano. Sé que puedo llamar a mi proveedor de atención médica si tengo algún efecto secundario que me molesta o que no desaparece.

**Aceptación y consentimiento para recibir la vacuna**

Han analizado conmigo o me han brindado información respecto de lo siguiente:

- Que la FDA ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna, que no está aprobada por la FDA para esta población, para la vacunación contra la COVID-19.
- La opción de aceptar o rechazar la vacunación y las opciones alternativas.
- Información sobre las vacunas alternativas disponibles, y sus riesgos y beneficios.
- Que, en este momento, se desconocen los riesgos y beneficios significativos y potenciales de la vacunación, y la medida en que pueden ocurrir.

Se me ha proporcionado una copia y la oportunidad de revisar la hoja informativa de la EUA.

- [Hoja informativa](https://www.fda.gov/media/144638/download) de la FDA para receptores/proveedores de cuidado (<https://www.fda.gov/media/144638/download>)

Se me proporcionó una cartilla de vacunación con el plazo dentro del cual debo regresar para recibir la segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Moderna.

Doy mi consentimiento para que se divulgue mi información a las autoridades sanitarias estatales o federales (por ejemplo, los registros estatales de vacunación) con el fin de hacer un seguimiento de las vacunaciones.

Se me proporcionó información sobre el programa [V-SAFE](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html). El programa realiza controles sanitarios a las personas que reciben la vacuna contra la COVID-19. (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>)

Confirmando que se me ha informado las ventajas y desventajas de esta vacuna, y que he podido realizar cualquier pregunta. Doy mi consentimiento para recibir esta inyección de la vacuna.

FABRICANTE	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE EXPIRACIÓN	N.º DE VACUNA	DOSIS	LUGAR DE COLOCACIÓN
Moderna			1. <sup>ra</sup> dosis 2. <sup>da</sup> dosis	0.5 ml	Deltoide izquierdo Deltoide derecho

Fecha de la vacuna: \_\_\_\_\_ Tiempo de vacunación: \_\_\_\_\_ Conservación de vacunas:

Fecha de EUA: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que recibe la vacuna (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que recibe la vacuna\*\*: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona que recibe la vacuna\*\*: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la persona que recibe la vacuna: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que recibe la vacuna: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del vacunador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\* Para la presentación de los informes requeridos del registro estatal de vacunación.

Licensed Verification by: \_\_\_\_\_ (Print name and credential)