Formulario de Consentimiento para la Administración de la Vacuna Contra el COVID
2023–2024

Community Health Center, Inc.
SBHC
School-Based Health Care

Sección 1: Información acerca del niño que recibirá la vacuna (en letra de molde)

APELLIDO DEL ESTUDIANTE:	NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE: Mes: Día: Año:
NOMBRE DEL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR:			
NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO DEL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR:			
Nombre del seguro y número de ID:			

Sección 2: Determinación de idoneidad para recibir la vacuna

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que el estudiante no deba recibir la vacuna contra el COVID-19. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse, solo significa que podríamos comunicarnos con usted para hacerle más preguntas.

	SÍ	NO
1. ¿Recibió alguna vez el estudiante **una dosis de la vacuna contra el COVID-19**? En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ Otra	☐	☐
2. ¿Recibió el estudiante **una serie completa de la vacuna contra el COVID-19** (es decir, 1 dosis de Janssen o 2 dosis de una vacuna de ARNm [Pfizer-BioNTech, Moderna])?	☐	☐
3. ¿Traerá el estudiante su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?	☐	☐
4. ¿Presentó alguna vez el estudiante una reacción alérgica a cualquiera de los siguientes? *(Nota: Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causó ronchas, hinchazón o problemas para respirar, incluyendo sibilancias).* ☐ Un componente de una vacuna contra el COVID-19, que incluye cualquiera de los siguientes: • Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopía O • Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas con película y esteroides intravenosos. ☐ Una dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19.	☐	☐
5. ¿Tuvo alguna vez el estudiante una reacción alérgica a **otra vacuna** (distinta de la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? *(Nota: Esto incluiría una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que lo hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que causó ronchas, hinchazón o problemas para respirar, incluyendo sibilancias).*	☐	☐

6. Marque todo lo que corresponda con respecto al estudiant:
   - ☐ Es una mujer de entre 18 y 49 años
   - ☐ Es un varón de entre 12 y 29 años
   - ☐ Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis
   - ☐ Tuvo una reacción alérgica grave a algo que no sea una vacuna o terapia inyectable, como alimentos, mascotas, venenos, factores ambientales o medicamentos orales
   - ☐ Tuvo COVID-19 y recibió tratamiento con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente
   - ☐ Fue diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de sufrir COVID-19
   - ☐ Tiene el sistema inmunitario debilitado (es decir, infección por VIH, cáncer) o recibe medicamentos o terapias inmunosupresores
   - ☐ Tiene un trastorno hemorrágico
   - ☐ Toma un anticoagulante
   - ☐ Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)
   - ☐ Actualmente, está embarazada o amamantando
   - ☐ Le implantaron rellenos dérmicos
   - ☐ Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)

Sección 3: Consentimiento para la vacunación del menor de edad

Leí o me explicaron la **Declaración de información de la vacuna contra el COVID** 2023-2024 y entiendo los riesgos y beneficios.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que el centro médico escolar (School-Based Health Center, SBHC) y su personal administren esta vacuna a mi hijo(a), cuyo nombre se indica en la parte superior de este formulario.

FIRMA DEL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR :_____ **Fecha:**_____

☐ Marque la casilla si le gustaría acompañar a su hijo(a) cuando le administren la vacuna. Si esta casilla no está marcada, se administrará la vacuna durante el horario escolar.