

# Formulario de Evaluación para la Vacuna contra el COVID-19

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? ☐ Sí ☐ No

Si es así ¿qué producto? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ Otro

¿Está aquí hoy para recibir una dosis adicional de la vacuna después de haber completado 2 dosis de Pfizer o Moderna? ☐ Si ☐ No

*Si usted responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Sólo significa que se le pueden hacer preguntas adicionales*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sí | No |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Tiene usted un trastorno de sangrado o está tomando un anticoagulante distinto a la aspirina? (Para las respuestas afirmativas, el vacunador mantendrá la presión en el brazo después de la inyección)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, al medio ambiente o a medicamentos orales. (Para las respuestas afirmativas, se requieren 30 minutos de observación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |
| 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Para las respuestas afirmativas, se requieren 30 minutos de observación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |
| Las respuestas afirmativas a las preguntas que figuran a continuación serán discutidas con uno de los enfermeros registrados en el centro de vacunación según el protocolo de enfermería de BRN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |
| 4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los siguientes?<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• La dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19</li> <li>• Componente de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia.</li> <li>• Polisorbato</li> </ul> (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiriera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hiciera ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurriera dentro de las 4 horas y que causara urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias o chillido respiratorio). |    |    |
| 5. En los últimos 3 meses, ¿se ha sometido a un trasplante de células madre o de médula ósea o a una terapia celular (terapia de células T con CAR)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |
| 6. ¿Se está sometiendo a quimioterapia por leucemia aguda?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |
| 7. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero para convalecientes) como tratamiento para el COVID-19 en los últimos 90 días?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |

**Si tiene rellenos dérmicos:** usted podría desarrollar hinchazón temporal en o cerca del lugar de inyección del relleno después de una dosis de la vacuna COVID-19. Por favor, contacte a su proveedor de atención médica si se produce hinchazón en el lugar del relleno dérmico o cerca de él después de la vacunación.

**Si usted tiene un sistema inmunológico debilitado:** Se desconoce la eficacia de la vacuna en poblaciones inmunodeprimidas. Es posible que tenga una respuesta inmunológica reducida a la vacuna. Algunos reumatólogos recomiendan modificar la medicación inmunosupresora, por favor consulte con su proveedor de atención médica antes de la vacunación si desea hablar de esto más a fondo.

**Si usted está embarazada o amamantando:** La FDA autorizó las vacunas contra el COVID-19 para personas embarazadas y/o que estén amamantando. Estas vacunas no son vacunas vivas. Basándose en los conocimientos actuales, los expertos creen que los beneficios de recibir las vacunas contra el Covid-19 superan cualquier riesgo conocido o potencial para la persona embarazada/lactante o el feto/bebé.

|                  |                                                             |                                                   |  |
|------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|
| Office Use Only: |                                                             | Revised 11/2/2021                                 |  |
| Notes:           | <input type="checkbox"/> Thin Needle + 2 min<br>Compression | <input type="checkbox"/> 30 Minute<br>Observation |  |



## CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

El Condado de Santa Clara está ofreciendo la vacunación contra el COVID-19 a las personas que cumplen con los criterios del Estado de California para la vacunación. La vacunación es gratuita y no se requiere un seguro médico. Sin embargo, si usted tiene un seguro médico que cubre este servicio, su seguro puede ser facturado.

### CONSENTIMIENTO

Se me ha proporcionado y he leído o se me ha explicado la Hoja Informativa para la vacuna contra el COVID-19 que estoy recibiendo (o si es el representante legal, la persona a la que represento está recibiendo). He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna contra el COVID-19 y solicito que se me administre la vacuna a mí / a la persona de la que soy representante legal. Entiendo que mi vacuna será ingresada en el Registro de Inmunización de California (CAIR) local, lo que permitirá la atención coordinada entre mis proveedores de atención médica.

### CESIÓN DE SEGURO / BENEFICIOS MÉDICOS

Cedo y transfiero irrevocablemente al Condado todos los derechos, beneficios y cualquier otro interés en relación con cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud u otra fuente de pago por mi atención. Esta cesión incluye asignar y autorizar el pago directo al Condado de todos los beneficios del seguro y de plan de salud pagaderos por este servicio ambulatorio, a una tarifa que no exceda los cargos enumerados en los patrones de descripción de cargos. Estoy de acuerdo en que el pago del asegurador o del plan de salud al Condado de acuerdo con esta autorización, liberará sus obligaciones en la medida de dicho pago. Estoy de acuerdo en cooperar con el Condado y tomar todas los pasos razonablemente solicitados por el Condado para perfeccionar, confirmar o validar esta cesión.

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco haber recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)* del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS). Nuestro NPP le brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica o información protegida de salud (PHI). Nuestro NPP está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, publicaremos la versión revisada en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web aquí: <https://www.scvmc.org/sites/g/files/exjcpb911/files/ST-2500-2%20Patients%27%20Notice%20of%20Privacy%20Practices.pdf>

### RECONOCIMIENTO DE LAS DOSIS ADICIONALES

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de correo electrónico o de texto con recordatorios para programar una cita para una dosis adicional, si es necesario. Entiendo que dichos mensajes no se enviarán de forma segura.

Certifico que soy el paciente, el representante legal del paciente, o que estoy autorizado por el paciente para firmar lo que esta arriba mencionado y aceptar los términos en nombre del paciente.

Firma (paciente o representante legal): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal en letra de molde (si corresponde): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Si no es el paciente, indique relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Hoja Informativa de Moderna**  
(Copia en papel disponible si se solicita)



**Hoja Informativa de Pfizer**  
(Copia en papel disponible si se solicita)



**Hoja Informativa de Pfizer 5-11**  
(Copia en papel disponible si se solicita)



**Hoja Informativa Johnson & Johnson**  
(Copia en papel disponible si se solicita)



## Formulario de Admisión para la Vacuna de COVID-19

|                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre:</b>                                           | <b>Inicial del segundo nombre:</b>                                                                                                                         | <b>Apellidos:</b>                                                                          |
| <b>Fecha de nacimiento<br/>(mm/dd/aaaa):</b>             | <b>Sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No binario<br><input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Desconocido | <b>Número de teléfono:</b><br><input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil |
| <b>Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):</b> |                                                                                                                                                            |                                                                                            |
| <b>Dirección de correo electrónico:</b>                  |                                                                                                                                                            | <b>Idioma preferido:</b>                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Raza</b><br><input type="checkbox"/> (1) Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> (2) Asiático, Camboyano<br><input type="checkbox"/> (3) Asiático, Chino<br><input type="checkbox"/> (4) Asiático, Filipino<br><input type="checkbox"/> (5) Asiático, Indio<br><input type="checkbox"/> (6) Asiático, Japonés<br><input type="checkbox"/> (7) Asiático, Coreano<br><input type="checkbox"/> (8) Asiático, Laosiano<br><input type="checkbox"/> (9) Asiático, Otro<br><input type="checkbox"/> (10) Asiático, Pakistaní<br><input type="checkbox"/> (11) Asiático, Vietnamita<br><input type="checkbox"/> (12) Negro, Afroamericano<br><input type="checkbox"/> (13) Negro, Africano<br><input type="checkbox"/> (14) Negro, Otro | <input type="checkbox"/> (15) Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> (16) Nativo Americano<br><input type="checkbox"/> (17) Isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> (18) Isleño del Pacífico, Guameño<br><input type="checkbox"/> (19) Isleño del Pacífico, Hawaiano<br><input type="checkbox"/> (20) Isleño del Pacífico, Samoano<br><input type="checkbox"/> (21) Paciente Rechazado / No se puede especificar<br><input type="checkbox"/> (22) Blanco, Árabe<br><input type="checkbox"/> (23) Blanco, Europeo<br><input type="checkbox"/> (24) Blanco, del Medio Oriente o del Norte de África<br><input type="checkbox"/> (25) Blanco, Norteamericano<br><input type="checkbox"/> (26) Blanco, Otro | <b>Etnicidad</b><br><input type="checkbox"/> (1) Centroamericano<br><input type="checkbox"/> (2) Cubano<br><input type="checkbox"/> (3) Dominicano<br><input type="checkbox"/> (4) Latinoamericano<br><input type="checkbox"/> (5) Mexicano<br><input type="checkbox"/> (6) No Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> (7) Otro Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> (8) Paciente Rechazado / No se puede especificar<br><input type="checkbox"/> (9) Puertorriqueño<br><input type="checkbox"/> (10) Sudamericano<br><input type="checkbox"/> (11) Español |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Data Collection for COVID-19 Vaccine Equity

Please check any of the items below if they apply to you:

- |                                                                     |                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I am a Migratory/Seasonal Agricultural Worker                       | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declined to Answer |
| I am experiencing homelessness                                      | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declined to Answer |
| I receive Section 8 Housing subsidy                                 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declined to Answer |
| I have limited ability to speak in English or read/write in English | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declined to Answer |

**Do you have any type of disability including physical disability or mobility limitations, mental health disability, visual/hearing disability, intellectual or learning disability?**

☐ Yes ☐ No ☐ Declined to Answer

Por favor, marque cualquiera de los siguientes puntos que le correspondan:

- |                                                                              |                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Soy un trabajador agrícola migratorio o de temporada                         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder |
| No tengo hogar                                                               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder |
| Recibo un subsidio de vivienda de la Sección 8                               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder |
| Tengo una capacidad limitada para hablar en inglés o leer/escribir en inglés | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino responder |

**¿Tiene algún tipo de discapacidad, incluida la discapacidad física o las limitaciones de movilidad, la discapacidad mental, la discapacidad visual/auditiva, la discapacidad intelectual o de aprendizaje?**

☐ Sí ☐ No ☐ Declino responder

Xin đánh dấu các mục dưới đây, nếu có mục nào đúng với quý vị:

- |                                                |                                                                                                     |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tôi là Nhân Viên Nông Nghiệp Theo Mùa/ Di Động | <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không trả lời |
| Tôi là người vô gia cư                         | <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không trả lời |
| Tôi nhận Trợ Cấp Gia Cư theo Section 8         | <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không trả lời |
| Tôi nói, đọc và viết tiếng Anh rất hạn chế     | <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không trả lời |

**Quý vị có bị khuyết tật gì, như mất năng lực thể chất, khó di chuyển, bệnh tâm trí, mất khả năng thị giác/thính giác, hoặc mất khả năng về tri thức hoặc học vấn?**

☐ Có ☐ Không ☐ Không trả lời

請檢查以下任何一項是否適用於您：

- |                           |                                                                                     |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 我是遷移性/季節性農業工作者            | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
| 我正在無家可歸                   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
| 我領取第 8 款 (Section 8) 住房補貼 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |
| 我的英語口語或英語讀寫能力有限           | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 拒絕回答 |

**您是否有任何類型的殘障，包括身體殘障或移動受限，精神心理健康障礙，視覺/聽覺障礙，智力或學習障礙**

☐ 是 ☐ 否 ☐ 拒絕回答

# Información para Pacientes sobre la Vacuna Contra el COVID-19

Los efectos secundarios de las vacunas contra el COVID-19 que se han reportado incluyen:

- Reacciones en el lugar de la inyección: dolor, sensibilidad e inflamación de los ganglios linfáticos (glándulas) en el brazo de la inyección, hinchazón (endurecimiento) y enrojecimiento.
- Efectos secundarios generales: fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor de las coyunturas, escalofríos, náuseas y vómitos, y fiebre.

Si tiene algún efecto secundario de la vacuna que recibió hoy que le moleste o no desaparezca, por favor llame a su proveedor de atención médica o a Valley Connection al 888-334-1000.

Usted puede registrarse en *V-safe*, que ofrece los Centros de Control de Enfermedades (CDC). *V-safe* es una herramienta, para teléfonos inteligentes, que utiliza mensajes de texto y encuestas en la web para proporcionar controles de salud personalizados después de recibir la vacuna contra el COVID-19. A través de *V-safe*, usted puede informar rápidamente a los CDC si tiene algún efecto secundario después de recibir la vacuna contra el COVID-19. Dependiendo de sus respuestas a las encuestas web, alguien de los CDC puede llamarle para comprobar cómo está y obtener más información. *V-safe* también le recordará que debe recibir su segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19 si la necesita.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafe.html>

Código QR de V-Safe:



Existe una pequeña posibilidad de que la vacuna contra el COVID-19 pueda causar una reacción alérgica grave. Por lo general, una reacción alérgica grave ocurriría entre unos minutos y una hora después de recibir la vacuna. Las señales de una reacción alérgica grave pueden incluir:

- Dificultad para respirar
- Hinchazón de su cara y garganta
- Un latido cardíaco rápido
- Un sarpullido grave en todo el cuerpo
- Mareos y debilidad

Hoja informativa de Moderna  
(Copia en papel si la solicita)



Hoja informativa de Pfizer  
(Copia en papel si la solicita)



Hoja informativa de Johnson & Johnson  
(Copia en papel si la solicita)



8.25.21