

Detección y consentimiento para la vacuna Moderna COVID 19 18 Años y Mayores

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la VACUNA COVID-19 Moderna hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Sólo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Si	No	No lo se
¿Ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 90 días?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguno de estos síntomas relacionados con COVID? (fiebre, tos, dificultad para respirar, pérdida del gusto o del olfato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido contacto cercano con un caso de COVID confirmado, en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna otra vacuna en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está enfermo hoy? (aparte de los síntomas de COVID)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alergia a un componente de la vacuna? (Lípidos, Trometamina, Clorhidrato de Trometamina, Ácido acético, Acetato de Sodio, Sacarosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado? (Urticaria, Picazón, Dificultad para respirar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido anafilaxia (una reacción alérgica grave potencialmente mortal), no relacionada con una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO PARA MUJERES: ¿Está usted embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A

Sé que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha autorizado el uso de emergencia de esta vacuna. Sé que no es una vacuna con licencia completa de la FDA. Me pidieron que me uniera al programa V-SAFE. El programa realiza controles de salud a las personas que reciben la vacuna COVID-19. Sé que debo informar los efectos secundarios de la vacuna al Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) de la FDA / CDC al 1-800-822-7967 o <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>.

Sé que debo recibir dos dosis de la vacuna COVID-19 y recibir la misma vacuna cada vez.

Me han entregado una copia y he leído o me han explicado la información de la Ficha Informativa de la VACUNA COVID-19 Moderna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna.

Vacuna: Moderna VACUNA COVID-19

Aceptar la Inmunización

Rechazar la vacunación

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____

Firma De Paciente: _____ Fecha: _____

Solo para el personal de la clínica:

WAIS revisado - dosis que se administra hoy: 1. ° 2. ° (fecha de la primera dosis: _____)

*** En caso afirmativo a cualquier pregunta, consulte con su médico o farmacéutico.

FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO / FARMACÉUTICO _____

Nombre de la vacuna _____ LOTE # _____ Fecha de expiración _____ Iniciales _____

Seguimiento de la pregunta de detección de COVID:

1. Si el paciente tiene una prueba de COVID positiva, cuando las dosis son limitadas, este grupo debe vacunarse en una fecha posterior.
2. Si hay síntomas, realice la prueba de COVID y espere a que la prueba sea negativa para vacunar. Si es positivo, vea el n.º 1. Si es negativo, vacunar
3. Si el paciente ha tenido contacto cercano con alguien que dio positivo por COVID dentro de los 14 días,
 - A. Las personas de la comunidad o del entorno ambulatorio que hayan tenido una exposición conocida al COVID-19 no deben buscar la vacuna hasta que finalice su período de cuarentena para evitar la posible exposición del personal de atención médica y otras personas al SARS-CoV-2 durante la visita de vacunación.
 - B. Trabajadores de la salud y socorristas: vacunar

¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 2 semanas?

- Dada la falta de datos sobre la seguridad y eficacia de la vacuna Moderna COVID-19 administrada simultáneamente con otras vacunas, la serie de vacunas Moderna debe administrarse sola. La segunda dosis debe administrarse el día 28 a partir de la primera dosis.
- Esté atento a las vacunas de nuevos empleados y priorice la vacuna COVID por encima de otras.

¿Está enferma la persona que se va a vacunar hoy (aparte de los síntomas de COVID)?

- Aparte de los síntomas de COVID, evalúe como lo haría normalmente para las vacunas (afebril, etc.)
- El proveedor debe evaluar la situación y firmar

¿La persona que se va a vacunar es alérgica a algún componente de la vacuna?

(lípidos, cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, fosfato de sodio dibásico dihidrato y sacarosa)

¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado? (urticaria, picazón, dificultad para respirar)

- **No vacunar en este momento, según ACIP**

¿La persona que se va a vacunar ALGUNA VEZ ha tenido anafilaxia a un agente NO inyectable?

- En caso afirmativo, debe observarse durante 30 minutos después de la dosis frente a los 15 minutos.
- Si fue un inyectable (vacuna, medicamento) - NO VACUNAR

¿La persona a vacunar está embarazada o amamantando?

- Las recomendaciones del ACOG son vacunar a las pacientes embarazadas.
- No hay datos actuales para su uso durante la lactancia, esto debe discutirse con un proveedor.

Referencia:

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm695152e1.htm>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations-process.html>