

# Cuestionario de detección para menores que reciben la vacuna Pfizer COVID-19 y el formulario de consentimiento de los padres o tutores

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE DESTINATARIO MENOR DE VACUNA

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Hombre:  Mujer:  Otro:

**¿Cuál es su raza? (marque todas las que correspondan):**

India americana / nativa de Alaska  Asiática  afroamericana/negra  Blanca

Nativa de Hawái/islas del Pacífico  Otra raza

**¿Cuál es su etnicidad?:**

No hispana o latina  Hispana o latina  Desconocida

## SECTION 2: SCREENING QUESTIONNAIRE FOR MINOR TO BE VACCINATED

¿Tiene fiebre hoy o se siente enfermo?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19? Si es así, ¿qué producto de vacuna? Pfizer _____ Moderna _____ Otro producto _____	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (como anafilaxia)? O por ejemplo, ¿una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o por la que tuvo que ir al hospital?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Fue esta reacción alérgica grave después de recibir una vacuna COVID-19?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Fue esta reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19? Fecha _____	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Está embarazada o amamantando?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**SECCIÓN 3: CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O TUTORES**

Consulte la “Hoja informativa para destinatarios y cuidadores” de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech (Pfizer) disponible en: <https://www.fda.gov/media/144625/download>.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MENOR QUE RECIBE LA VACUNA

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR QUE RECIBE LA VACUNA

Yo testifico de que el menor que recibe la vacuna tiene 5 años o más:

Sí       No

Al proporcionar mi consentimiento abajo, acepto que he revisado y comprendido la “Hoja de datos para destinatarios y cuidadores” y comprendo los riesgos y beneficios potenciales de la vacuna Pfizer COVID-19.

Yo entiendo que es posible que no se me exija acompañar al menor mencionado anteriormente a su cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el menor recibirá la vacuna Pfizer COVID-19, esté o no presente en la cita de vacunación.

**Doy mi consentimiento** para que el menor mencionado anteriormente se vacune con la vacuna Pfizer COVID-19 de dos dosis.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON MENOR

