



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE LA VACUNA JANSSEN CONTRA COVID-19

Por Favor Imprime

Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____
 Estado: _____ Condado: _____ Código postal: _____
 Correo electrónico: _____

Preguntas de Detección

No administre si la respuesta es NO

1. ¿Tienes más de 18 años? Sí No

No administre si la respuesta es SÍ

3. ¿Se siente enfermo hoy o tiene fiebre? Sí No

Síntomas de COVID-19: T >/ 100.0 F, síntomas respiratorios (tos, dificultad para respirar o pérdida del sentido del olfato o del gusto, dolor de cabeza, dolor de garganta o dolor muscular

4. ¿Ha recibido anticuerpos Monoclonales (mAB) o Plasma de Convaleciente (CCP) como parte de un tratamiento contra COVID-19 en los últimos 90 días? Sí No
 (si sí, es necesario aplazar la vacuna durante 90 días desde la recepción de estas terapias)

5. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días? Sí No
 (si sí, es necesario esperar 14 días desde la recepción de la otra vacuna)

6. ¿Ha dado positivo para al COVID-19 en los últimos 10 días? Sí No

7. *¿Ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a una dosis previa de la vacuna contra COVID-19 o a alguno de los ingredientes de esta vacuna? Sí No

8. *¿Ha tenido una reacción alérgica inmediata de cualquier gravedad a una dosis previa de una vacuna COVID-19 o a cualquiera de sus componentes? (Incluye polietilenglicol (PEG)) Sí No

9. *¿Ha tenido una reacción alérgica inmediata de cualquier gravedad al polisorbato? Sí No
 *No debe recibir la vacuna COVID-19 en este momento a menos que haya sido evaluada por un alergólogo-inmunólogo y se determina si la persona puede recibir la vacuna de forma segura (por ejemplo, en observación, en un entorno con atención médica avanzada disponible).

Consideraciones Especiales - Consulta previa con un proveedor médico, no es un requisito para la vacunación

10. Para las mujeres, ¿Está embarazada o amamantando? Sí No

11. ¿Está inmunocomprometido o tomando un medicamento que le afecta su sistema inmunológico? Sí No

Monitorear si la respuesta es SÍ

12. ¿Tiene alguna condición médica que le hace moretones o sangrar fácilmente? Sí No
 (si sí, controlar la hemorragia después de la vacunación)
13. ¿Ha tenido una reacción alérgica inmediata de cualquier gravedad a una vacuna Sí No
 o terapia inyectable (intramuscular, intravenosa o subcutánea o terapias no relacionadas
 con los componentes de la vacuna COVID-19 o polisorbato) o antecedentes de anafilaxia
 debido a cualquier causa? **(si la respuesta es sí, debe ser observado durante 30 minutos)**

Declaro que la historia anterior es verdadera y completa a mi mejor conocimiento. Entiendo que esta vacuna para COVID-19 está autorizada para uso de emergencia y no está aprobada por la FDA. He recibido y leído la "Hoja de Datos de Autorización de uso de Emergencia para Recipientes y Cuidadores" y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Me han explicado los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna, así como las alternativas disponibles. Entiendo que puedo aceptar o rechazar la vacuna

Doy mi consentimiento para la administración de la vacuna contra COVID-19.

Firma: _____ Fecha: _____

Imprime Su Nombre _____

OFFICE USE ONLY

Type of Vaccine	Dosage	Lot #	Expiration Date	Dose Number
JANSSEN COVID-19 Vaccine	0.5ml			1

Site: (Intramuscular Injection) Left Deltoid _____ Right Deltoid _____

Vaccine Administrator Signature: _____

Vaccine Administrator Printed Signature _____

Date Given: _____ Vaccine Information Provided: Yes No