



Formulario de Consentimiento Para Menores de la Vacuna COVID-19

Información del menor de edad que recibirá la vacuna (por favor, escriba en letra impresa):

Apellido del menor	Primer Nombre del Menor	Segundo Nombre del Menor
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Edad del Menor	Número de Teléfono del Padre/Tutor
Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal		Correo Electrónico del Padre/Tutor

Apellido de Soltera de la Madre (Apellido, Nombre)

Género: (Marque uno)	Raza: (Marque uno)	Etnia: (Marque uno)
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Declinar responder	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Declinar responder <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano

Verificación del estado de elegibilidad del paciente: Estas preguntas son para evaluar el estado del seguro médico de su hijo y el alcance de la cobertura para ayudar a determinar si se cumplen los criterios de elegibilidad para las vacunas COVID-19 a través de nuestros diversos programas. Esto NO afectará el acceso a las vacunas de COVID-19 hoy.

El paciente mencionado anteriormente califica para la inmunización contra COVID-19 a través del **Programa de Vacunas para Niños (VFC)** porque él / ella o su padre / tutor declara que el niño tiene 18 años de edad o menos y: **(Elija solo una de las siguientes opciones. Si un niño cumple con dos o más de los requisitos de elegibilidad, elija la primera que corresponda).**

- Es elegible para Medi-Cal o el Programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidades (CHDP, por sus siglas en inglés)
- No tiene seguro (no tiene seguro privado); o
- Es indio americano o nativo de Alaska.

El paciente mencionado anteriormente califica para la inmunización COVID-19 a través del **Programa de Inmunizaciones de Salud Pública del Condado de San Bernardino** porque él / ella o su padre / tutor declara que el niño:

- Tiene Seguro médico que paga las vacunas.

Cuestionario antes de recibir de la vacuna COVID-19

	SÍ	NO	NO SÉ
1. ¿El menor se siente enfermo hoy? (es decir, fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolor corporal o muscular, dolor de cabeza, pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, náuseas, vómito o diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El menor ha tenido una reacción alérgica a un componente de la vacuna COVID-19, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Plietilenglicón (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia • Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas cubiertas con una capa fina y esteroides intravenosos • Una dosis previa de la vacuna COVID-19 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Marque todo lo que corresponda al menor que recibirá la vacuna: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Masculino entre 12 y 39 años de edad <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección de COVID-19 <input type="checkbox"/> Tiene un trastorno hemorrágico <input type="checkbox"/> Toma un anticoagulante <input type="checkbox"/> Vacunado con viruela símica (MPOX) en las últimas 4 semanas <input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunológico debilitado (como infección de VIH, cáncer) o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras <input type="checkbox"/> Ha recibido rellenos dérmicos <input type="checkbox"/> Ha recibido un trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o terapias de células CAR-T antes o durante la vacuna de COVID-19 			

Nota: Continúe en la página 2.

FOR OFFICE USE ONLY

Patient Eligibility: _____

Initials: _____

Consentimiento

Me han dado una copia y he leído la Autorización de uso de emergencia (AUE) y revisado la hoja informativa de la FDA para los beneficiarios y cuidadores del producto de la vacuna COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) sea(n) dada(s) a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer la solicitud. Entiendo que todas las vacunas tienen riesgos y efectos secundarios; y que puede haber riesgos que aún no se conocen. Atestiguo que, a mi mejor conocimiento y creencia, toda la información declarada en este documento es exacta y completa. Los niños de 17 años o menos pueden recibir la vacuna COVID-19 solo con un padre o tutor legal presente. Como lo exige la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, sección 120440), todas las vacunas se reportarán al Registro de Inmunización de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño será compartida con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública del Estado, será tratada como información médica confidencial, y será utilizada solo para compartir entre sí o según lo permita la ley. Puedo negarme a que siga compartiendo la información y puedo solicitar que se bloquee el registro CAIR2 visitando <https://bit.ly/467kX1w>. Al firmar este formulario, le doy permiso al condado de San Bernardino y a los socios de vacunación participantes para que se comuniquen conmigo en relación a los recordatorios de la vacuna COVID-19 y el acceso a los registros electrónicos de vacunación.

Al marcar la casilla, doy mi consentimiento para que el niño nombrado en la sección 1 de este formulario sea vacunado con la vacuna COVID-19. Libero al Condado de San Bernardino, sus empleados y representantes de cualquier responsabilidad o responsabilidad adicional con respecto a recibir la vacuna.

Información de los padres o tutores y firma de consentimiento

Apellido del Padre/Tutor	Nombre del Padre/Tutor	Segundo Nombre del Padre/Tutor
Firma del Padre/Tutor	Parentesco del Padre/Tutor con el Menor	Fecha
Domicilio (si es diferente a la anterior)		

FOR OFFICE USE ONLY – SARS CoV-2 VACCINATION RECORD

Vaccine Formulation: <input type="checkbox"/> Pediatric 6 months-11 years <input type="checkbox"/> Spikevax 12+ years	Date Administered: ____ / ____ / ____
Manufacturer: <input type="checkbox"/> Moderna	Dose: _____ mL Route: Intramuscular (IM)
Lot #:	Site: <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Left Anterolateral Thigh <input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Right Anterolateral Thigh
Expiration Date:	Vaccine Administered By
EUA Fact Sheet or VIS Given: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Name (please print):
VIS Date:	Signature:
Vaccine Source: <input type="checkbox"/> BAP/317 <input type="checkbox"/> PRIVATE <input type="checkbox"/> VFC	Title: <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> LVN <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> _____
Minors Weight (lbs.):	

Portal de Registro Digital de Vacunas



Aviso del Registro de Vacunación a Pacientes y Padres



Hoja informativa de EUA de Moderna Pediátrica 6 meses-11 años para beneficiarios y cuidadores



Spikevax 12+ años VIS para beneficiarios y cuidadores

