

INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido:		Nombre:		Nombre segundo:	
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código postal: Condado:
Fecha de nacimiento: __/__/__(Mes día año)		Sexo: M / F	Edad:	Teléfono:	Correo electrónico:
De la Madre Primer Nombre:		Nombre de soltera de la madre:			
Raza:					
Etnia:					

**INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNACIÓN COVID-19**

El Pfizer COVID-19 de la vacuna ha sido autorizada por la Food y Drogas Administración en virtud de una emergencia Uso Autorización, o EUA, basada en el asesoramiento de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en respuesta a la pandemia de COVID-19 en curso. El COVID19 vacuna ha no sido plenamente aprobado, pero está siendo hecho disponible bajo una EUA debido a científica evidencia apoyando la seguridad y la eficacia de la COVID-19 de la vacuna y el de la vacuna altamente favorable relación riesgo-beneficio.

McAllen ISD está autorizado a administrar el Pfizer COVID-19 Vacuna basada en la orientación desarrollado por el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Para optimizar la vacuna respuesta, se va a recibir 2 dosis separadas por 21 días.

Los efectos secundarios informados en el ensayo clínico de esta vacuna incluyen, entre otros, dolor en el lugar de la inyección, enrojecimiento o hinchazón, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, fiebre, dolor en las articulaciones, náuseas o inflamación de los ganglios linfáticos. Estos síntomas normalmente se resuelven en 24 horas y son generalmente leves, pero si es severa deben ser reportados a su salud cuidado proveedor y VAERS (enlace en la documentación proporcionada).

Si los síntomas alérgicos severos se desarrollan (dificultad para respirar, dolor de pecho, mareos rápido latido del corazón, debilidad, la cara, la lengua o la garganta hinchazón, o erupción cutánea) después de su observación periodo es completa, por favor llame al 911 o proceder a la más cercana Hospital de Emergencias Departamento.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN	
1	¿Estas enfermo hoy?
2	¿Ha tenido fiebre en las últimas 48 horas?
3	¿Le han diagnosticado una infección por COVID-19 en los últimos 90 días?
4	¿Alguna vez ha tenido una reacción a algún componente de la vacuna COVID-19 (ARNm, varios ingredientes lipídicos diferentes)?
<b>Si respondió "Sí" a las preguntas 1 a 4, le recomendamos que posponga la vacunación contra COVID-19 de la siguiente manera:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está enfermo, espere hasta que sus síntomas se hayan resuelto. Si tiene COVID +, espere hasta que hayan transcurrido 90 días desde la prueba COVID-19 positiva.</li> <li>• No debe tomar la vacuna Pfizer COVID-19 si su primera vacuna COVID-19 fue producida por otro fabricante.</li> <li>• Si tiene antecedentes de anafilaxia a cualquier ingrediente de la vacuna Pfizer, NO PUEDE recibir esta vacuna según las pautas actuales.</li> </ul>	
5	• No debe tomar la vacuna Pfizer COVID-19 si su primera vacuna COVID-19 fue producida por otro fabricante.
6	• Si tiene antecedentes de anafilaxia a cualquier ingrediente de la vacuna Pfizer, NO PUEDE recibir esta vacuna según las pautas actuales.
7	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (anafiláctica) a una vacuna (que incluye dificultad para respirar, urticaria, hinchazón de la cara o la lengua, presión arterial baja, frecuencia cardíaca rápida) u otra reacción grave a una vacuna?
<b>Si su respuesta a cualquiera de las preguntas 5, 6 o 7 es "Sí", notifique al personal para que podamos hacer las adaptaciones necesarias para observarlo más de cerca después de su vacunación, y si tiene tendencia a sangrar o tiene sangre. diluyentes, lo vigilemos atentamente para detectar un posible lugar de inyección sangrado.</b>	
8	¿Toma anticoagulantes o tiene un trastorno hemorrágico?
9	Si su respuesta a cualquiera de las preguntas 5, 6 o 7 es "Sí", notifique al personal para que podamos hacer las adaptaciones necesarias para observarlo más de cerca después de su vacunación, y si tiene tendencia a sangrar o tiene sangre. diluyentes, lo vigilemos atentamente para detectar un posible lugar de inyección

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN	
Se me ha proporcionado y he leído la Hoja de datos de la EUA para la vacuna COVID-19, el Formulario de consentimiento para la vacuna COVID-19 y cualquier información adicional proporcionada. He tenido la oportunidad de que un profesional médico responda a mis preguntas y entiendo que se necesitará una serie de dos vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios conocidos de la vacunación y entiendo que es posible que aún no se hayan establecido todos los riesgos. Yo sé que yo estoy consintiendo a esta vacuna serie bajo una EUA en respuesta a la COVID-19 pandemia. Yo solicito a proceder a la vacunación. Yo estoy de acuerdo con permanecer en el sitio durante 15 minutos después de la vacunación y que mi condición puede justificar después de la vacunación observación durante al menos 30 minutos.	
Fecha:	Tiempo: Relación con el paciente:
Nombre en letra de imprenta	Firma
Administrado por McAllen ISD	Fecha

Vaccine	Vaccine Info	Site	Manufacturer	Lot #	Expiration Date
COVID-19 Vaccine	Series <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd	Deltoid: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input checked="" type="checkbox"/> Pfizer		FK5127	1/13/2022
Date of Administration		Vaccine Administrator Signature/Title or Credentials		Location M c A l l e n I S D	



Texas Department of State Health Services

# Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac 2) Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre



(Llene a mano claramente)

\*Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección del cliente \_\_\_\_\_ Núm. de apartamento o edificio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_

<b>Raza (seleccione todos los que correspondan):</b>			<b>Grupo étnico (seleccione solo una):</b>	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispánico o latino	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No hispano o latino	
<input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<input type="checkbox"/> Se negó a contestar	

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) ha sido designado como el sistema de notificación y seguimiento para las vacunas, los antivirales y otros medicamentos administrados a las personas en preparación o en respuesta a una catástrofe o emergencia de salud pública. Desde el momento en que se declara el fin del evento, ImmTrac2 conservará la información relacionada con un desastre enviada por proveedores de atención médica por un periodo de 5 años. Al final del periodo de retención de 5 años, la información del cliente relacionada específicamente con el desastre se eliminará del registro, a menos que se conceda el consentimiento para conservar la información del cliente en ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años.

**El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas lo invita a que participe de forma voluntaria en el registro de inmunización de Texas.**

**Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre y su divulgación a entidades autorizadas**  
 Entiendo que, al otorgar el presente consentimiento, estoy autorizando la retención de mi información (o la de mi hijo) relacionada con un desastre por parte del DSHS más allá del período de retención de 5 años. También entiendo que el DSHS incluirá la información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que esté en el ImmTrac2, y de acuerdo a la ley, mi información (o la de mi hijo) relacionada con un desastre podrá ser vista por:

- una dependencia estatal, con el fin de ayudar y coordinar los trabajos de prevención y control de enfermedades contagiosas, o
- un médico u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos a un paciente.

Entiendo que puedo retirar en cualquier momento mi consentimiento para que se conserve mi información en el Registro ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años y para su divulgación escribiendo a esta dirección:  
 Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

**Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se conserve mi información relacionada con un desastre (o la de mi hijo menor de 18 años) en el registro de inmunización de Texas más allá del periodo de 5 años.**

Cliente (o padre, tutor legal o titular de la custodia del cliente:) \_\_\_\_\_ Nombre escrito a mano \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Aviso de confidencialidad:** Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Una vez lleno este formulario, envíelo por fax o por correo al ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de atención médica registrado.  
 ¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac DC  
 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

**PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2**  
 Please enter client information in ImmTrac2 and **affirm** that consent has been granted.  
**DO NOT** fax to ImmTrac2. **Retain this form in your client's record.**