

FORMULARIO DE EVALUACIÓN PREVIA Y CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE JÓVENES CONTRA EL COVID-19 MCHD

Instrucciones: Esta información se registrará en Alert IIS, el sistema de rastreo de las vacunas del estado. **Escriba en letra de imprenta clara.** Con su firma indica que ha leído o le han explicado la información de este formulario sobre la vacuna contra el COVID-19. Que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas que se le respondieron satisfactoriamente. Que cree que entiende los beneficios y riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y que está solicitando la vacuna que le administrarán.

Apellido del menor		Primer nombre		Segundo nombre/in. 2.º nombre		Edad	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)		Correo electrónico		Teléfono			
Dirección			Ciudad, estado, código postal				

Sexo del menor: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Femenino asignado al nacer, hombre transgénero, hombre trans ☐ Masculino asignado al nacer, mujer transgénero, mujer trans ☐ No binario, genderqueer, género expansivo ☐ Otro: _____ ☐ Prefiere no responder

Cuestionario de evaluación: Si responde "sí" a alguna de las siguientes preguntas, es posible que se le hagan otras preguntas	Sí	No
1. ¿Su hijo se siente enfermo hoy?		
2. ¿Su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave inmediata (como anafilaxia) a algo? Por ejemplo, una reacción para la que se le trató con epinefrina (EpiPen®) o por la que tuvo que ir al hospital. ¿O tiene una receta para EpiPen®?		
3. ¿Su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata después de recibir una vacuna o alguna otra inyección? (Por ejemplo, picazón en la boca, urticaria, hinchazón en la lengua)		
4. ¿Cuántas vacunas contra el COVID-19 recibió su hijo(a) en el pasado?		
Marcas y fechas de las vacunas:		
5. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna reacción alérgica después de una vacuna contra el COVID-19 o al polisorbato o al polietilenglicol (PEG)?		
6. ¿Alguna vez le diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (infantil) a su hijo?		
7. Si esta es su segunda dosis de la vacuna de Pfizer, ¿su hijo(a) tuvo algún problema del corazón después de la primera dosis de la vacuna? ¿Alguna vez ha tenido miocarditis?		
8. ¿Su hijo(a) ha tenido algún trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes?		
9. ¿Su hijo(a) tiene una enfermedad inmunodeprimida de moderada a grave?		

*¿Ha recibido la información escrita requerida sobre la vacuna contra el COVID-19 que se está administrando en el día de hoy? ☐ Sí ☐ No

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

Apellido _____ Nombre _____ 2.º nom. _____ del padre/madre o tutor en letra de imprenta **RECUERDE:** Debe haber un adulto responsable con los menores de 15 años durante todo el proceso de vacunación. Si enviará a su hijo a la clínica de vacunación con otro adulto, también tenemos un [consentimiento por separado](#) que usted debe firmar (esto puede hacerse por teléfono si no tiene ese papel).

Staff use: **1** **2** **3** (immunocompromised) **Booster** (12 years +)

Estas preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos indicara su raza y etnia para que podamos encontrar y abordar diferencias de salud y de servicios.

Raza y etnia

1. ¿Cómo identifica la **raza, etnia, afiliación tribal, país de origen o ascendencia de su hijo(a)**?

2. ¿Qué describe mejor la identidad racial o étnica de su hijo(a)? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

Hispana y latino/a/x

- ☐ Centroamericana
- ☐ Mexicana
- ☐ Sudamericana
- ☐ Otra opción para hispana o latino/a/x

Negra y afroamericana

- ☐ Afroamericana
- ☐ Afrocaribeña
- ☐ Etíope
- ☐ Somalí
- ☐ Otra raza o etnia africana (negra)
- ☐ Otra raza o etnia negra

Nativa hawaiana o de otras islas del Pacífico

- ☐ Chamorra
- ☐ Marshalesa
- ☐ Comunidades de la región de Micronesia
- ☐ Nativa hawaiana
- ☐ Samoana
- ☐ De otras islas del Pacífico

Medio Oriente/Norte de África

- ☐ De Medio Oriente
- ☐ Del Norte de África

Asiática

- ☐ India asiática
- ☐ Camboyana
- ☐ China
- ☐ Comunidades de Birmania
- ☐ Filipina
- ☐ Hmong
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Laosiana
- ☐ Sur de Asia
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otra raza o etnia asiática

Blanca

- ☐ De Europa Oriental
- ☐ Eslava
- ☐ De Europa Occidental
- ☐ Otra raza o etnia blanca

Indígena americana y nativa de Alaska

- ☐ Indígena americana
- ☐ Nativa de Alaska
- ☐ Inuit canadiense, métis o de las Naciones Originarias
- ☐ Indígena mexicana, centroamericana o sudamericana

Otras categorías

- ☐ Otra (*indicar*) _____

- ☐ No sabe
- ☐ No desea responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que considere la identidad racial o étnica principal de su hijo(a)?

- ☐ **Sí. Encierre en un círculo la identidad racial o étnica principal de su hijo(a) arriba.**
- ☐ **No tiene solo una identidad racial o étnica principal.**
- ☐ **No. Se identifica como perteneciente a dos o más razas.**
- ☐ **N/C. Solo se ha marcado una categoría arriba.**
- ☐ **No sé.**
- ☐ **No deseo responder.**