

CONSENTIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 - RECLUSOS

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA DE LOS ESTADOS UNIDOS

AGENCIA FEDERAL DE PRISIONES

(EN IMPRENTA) Nombre del recluso (apellido, nombre)	Número de registro	Institución

Se me ha entregado una copia de la hoja informativa de la vacuna COVID-19 con fecha _____. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los beneficios y riesgos de la vacuna, incluyendo preguntas respecto de si estoy embarazada, amamantando, o tengo un sistema inmunitario debilitado para incluir la toma de medicamentos inmunosupresores. Se me ha informado que las vacunas de ARNm son preferidas sobre la vacuna de Janssen debido al riesgo de trombosis con síndrome de trombocitopenia después de recibir la vacuna de Janssen.

Preguntas relacionadas con la salud antes de la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 (marcar "Sí o No").

Sí	No	Preguntas relacionadas con la salud
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está enfermo hoy?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha sufrido algún tipo de alergia grave (anafilaxia, por ejemplo) o una reacción alérgica inmediata de algún tipo ante alguno de los componentes de esta vacuna (es decir, polietilenglicol, polisorbato) a una dosis previa de la misma o alguna otra vacuna/terapia inyectable?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez has tenido miocarditis o pericarditis (inflamación del músculo cardíaco o su revestimiento)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez has tenido síndrome inflamatorio multisistémico (fiebre persistente e inflamación severa) debido al COVID-19 o después de la vacuna de COVID-19?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solo para la vacuna de Janssen (Johnson & Johnson): ¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain-Barré (parálisis progresiva)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido trombosis (coagulación de la sangre) con trombocitopenia (plaquetas bajas)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19? En caso afirmación, ¿cuál? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otro producto ¿Cuántas dosis? ____ Fecha de la última dosis: _____

☐ **Doy mi consentimiento para recibir la vacuna contra la COVID-19.**

Firma del recluso:	Fecha:
Firma del administrador/credenciales:	Fecha:
Administrado por nombre/credenciales:	

☐ **Me niego a recibir la vacuna contra la COVID-19.**

- ☐ Ya he sido vacunado con ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Moderna ☐ Janssen (Johnson & Johnson)
☐ Otro producto ¿Cuántas dosis? ____ Fecha de la última dosis: _____
☐ Otra razón: _____

Firma del recluso:	Fecha:
Firma del testigo/credenciales:	Fecha:
(EN LETRA DE IMPRENTA) Nombre del testigo y credenciales:	

Información sobre la vacuna COVID-19

Dosis n.º (1, 2, 3 o refuerzo)	Fabricante de la vacuna	Número de lote	Fecha de vencimiento	Ruta	Deltoides
				IM	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho