

CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA PARA VACUNARSE		Sí	No
Si el participante responde 'Sí' a alguna de las preguntas 1 a 3, NO ADMINISTRE LA VACUNA . Debe referirlo a un alergólogo si responde 'Sí' a las preguntas 1 o 2.			
1.	¿Ha presentado una reacción grave a alguno de los componentes de la vacuna? El enfermero o la enfermera tendrá una lista de ingredientes disponible para su revisión al momento de la vacunación.		
2.	¿Alguna vez ha presentado una reacción alérgica inmediata de cualquier gravedad dentro de los 15 a 30 minutos de haber recibido una dosis previa de la vacuna de ARNm COVID-19 o de cualquiera de sus componentes? <ul style="list-style-type: none"> • Piel: prurito, urticaria, rubor, angioedema • Neurológica: confusión, desorientación, mareos, aturdimiento, debilidad, pérdida del conocimiento • Respiratoria: dificultad para respirar, sibilancia, broncoespasmo, estridor, hipoxia • Cardiovascular: Hipotensión, taquicardia • Gastrointestinal: Náusea, vómito, calambres abdominales, diarrea 		
3.	¿Ha recibido una vacuna diferente contra el COVID-19?		

CONTRAINDICACIONES TEMPORALES O PRECAUCIONES PARA VACUNARSE		Sí	No
Si el participante responde 'Sí' a alguna de las preguntas 1 a 5, retrase la vacunación según el marco de tiempo que aparece abajo de la pregunta. Si el participante responde 'Sí' a la pregunta 6, <i>haga la evaluación de riesgos de los síntomas y proporcione asesoramiento</i> . Si el participante responde 'Sí' a la pregunta 7, <i>haga la evaluación de riesgos de alergias y proporcione asesoramiento</i> .			
1.	¿Le diagnosticaron COVID-19 recientemente y todavía está en período de aislamiento? <i>(Retrase la vacunación hasta que pase la infección aguda y termine el aislamiento)</i> .		
2.	¿Ha tenido una exposición de alto riesgo al COVID-19 en los últimos 14 días? <i>(Puede vacunarse, pero si presenta cualquier síntoma después de la vacunación que podrían también ser COVID-19, no debe ir a trabajar y debe hacerse una prueba de inmediato)</i> .		
3.	¿Le diagnosticaron COVID-19 en los últimos 90 días? <i>(Si la respuesta es afirmativa, puede vacunarse en cualquier momento, pero es posible que tenga algunos anticuerpos y se lo considere de bajo riesgo de reinfección durante 90 días; por lo tanto, puede evaluar retrasar la vacunación si los recursos son escasos a fin de que quienes no tuvieron la enfermedad se vacunen primero)</i> .		
4.	¿Ha recibido plasma convaleciente o una terapia con anticuerpos monoclonales (por ej., bamlanivimab, casirivimab o Imdevimab) en los últimos 90 días para el tratamiento del COVID-19? <i>(Retrase la vacunación 90 días después de recibir el plasma o la terapia)</i> .		
5.	¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días o piensa recibir alguna en los próximos 14 días? <i>(Retrase la vacunación para que ninguna otra vacuna se le administre dentro de los 14 días anteriores o posteriores a recibir la vacuna contra el COVID-19)</i> .		
6.	¿Está enfermo con fiebre o tiene una enfermedad moderada o grave en este momento? <i>(Si la respuesta es afirmativa, necesita una evaluación de riesgos)</i> .		
7.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ej., anafilaxis) por cualquier otra vacuna o terapia inyectable (por ej., intramuscular, intravenosa o subcutánea)? <i>(Si la respuesta es afirmativa, necesita una evaluación de riesgos antes de vacunarse. Si es adecuado vacunarse, se deben tomar precauciones mientras recibe la vacuna)</i> .		

PUEDE VACUNARSE

Si el participante responde 'Sí' a las preguntas 1 a 3, puede vacunarse, pero también puede consultarlo primero con su proveedor.	Período de observación después de recibir la vacuna: 15 minutos Sitio de observación: lugar de vacunación estándar	Sí	No
Si el participante responde 'Sí' a las preguntas 4 a 8, puede vacunarse.	Período de observación después de recibir la vacuna: 30 minutos; personas con antecedentes de reacciones alérgicas graves (como anafilaxis) debido a cualquier causa. 15 minutos; personas con reacciones alérgicas, no de anafilaxis. Sitio de observación: lugar de vacunación estándar		
1. ¿Está embarazada?			
2. ¿Está amamantando?			
3. ¿Es un paciente inmunocomprometido o toma medicamentos que debilitan su sistema inmunitario?			
4. ¿Tiene antecedentes de alergias a comidas, mascotas, insectos, venenos, ambientales, al látex u otras alergias no relacionadas con las vacunas o las terapias inyectables?			
5. ¿Tiene antecedentes de alergia a medicamentos orales (incluso el equivalente oral de un medicamento inyectable)?			
6. ¿Tiene una alergia no grave a vacunas u otros inyectables (que no sea anafilaxis)?			
7. ¿Tiene antecedentes familiares de anafilaxis?			
8. ¿Tiene algún otro antecedente de anafilaxis que no esté relacionado con una vacuna o una terapia inyectable?			

Hoy pude revisar la hoja informativa de la Autorización de Uso de Emergencia de la vacuna, hice preguntas y quedé satisfecho con las respuestas. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacunación y autorizo expresamente a una enfermera a que me administre la vacuna. Por el presente, libero a Hennepin Health Systems (HHS) dba MVNA y a sus funcionarios, empleados y representantes de todas las responsabilidades que puedan surgir de la vacunación, en nombre propio, de mis herederos y representantes personales. Confirmando que me entregaron un ejemplar del Aviso de las Prácticas de Privacidad de HHS, que explica la forma en que HHS puede usar o divulgar la información sobre mi salud y mis derechos en relación con la información sobre mi salud.

Firma _____ Fecha _____

NURSE ONLY

Manufacturer	Dose	Age	Site	Dose 1 or 2	Lot number (sticker)	Expiration date
Pfizer	<input type="checkbox"/> 0.3 mL	<input type="checkbox"/> 16 yrs +	IM Deltoid: L or R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
					Diluent Lot #	Exp date
Moderna	<input type="checkbox"/> 0.5 mL	<input type="checkbox"/> 18 yrs +	IM Deltoid: L or R	1 2		
Janssen	<input type="checkbox"/> 0.5 mL	<input type="checkbox"/> 18 yrs +	IM Deltoid: L or R	<input type="checkbox"/> 1		

Vaccine administrator signature _____

RN name (please print) _____ Date _____ / _____ / _____

EUA Vaccine Fact Sheet given/offered today: (RN to check box) Administration complete in Epic?