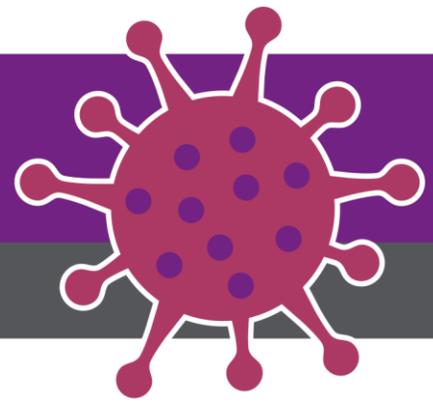


CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19)



This document is part of the **COVID-19 Vaccine Operations Guidebook**

Audience: COVID-19 Vaccine Task Force

Revision Date: 5/18/22

Version: #3

COVID-19 Response Team Owner: Legal

Date of Last Review: 5/18/22

PROCESS – Part 1 – Registration, Acknowledgement & Consent Form – Johnson & Johnson – Spanish version

What's changed:

- Added history of Guillain-Barré syndrome (GBS) to screening questions
- Added the following paragraph to the acknowledgement section:

I understand the Janssen COVID-19 Vaccine is authorized for use in those 18 years of age and older for whom other authorized or approved COVID-19 vaccines are not accessible or clinically appropriate, and for individuals 18 years of age and older who elect to receive the Janssen COVID-19 Vaccine because they would otherwise not receive a COVID-19 vaccine.

Vacuna contra el COVID-19 de Johnson & Johnson (Janssen)
FORMULARIO DE REGISTRO, RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

INSTRUCTIONS: MARCOMM - 1) Please add specific instructions for your patient based on your specific workflow/process. 2) Add HM name and change font color as noted below. 3) A HM logo may be added.

No borre ningún campo ni información del formulario. *Por favor traiga este formulario completado a su cita

Fecha: _____

Nombre del paciente (apellido, nombre, 2.º nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F Otro No deseo contestar Estado civil: S C D V

Raza (seleccione una): Blanco Negro o Afroamericano Nativo Americano/Alaska Asiático
 Desconocido Nativo de Hawái Otro Nativo de la Polinesia Sin respuesta

Etnia (seleccione una): No Hispano/Latino Hispano/Latino Desconocido Sin respuesta

Número de seguro social ____ - ____ - ____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono principal: (casa/cel.) _____ Secundario: (casa/cel.) _____ + _____

Correo electrónico del paciente: _____

Contacto de emergencia (apellido, nombre, 2.º nombre): _____ Relación: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Teléfono del empleador: _____

Información del seguro médico

Seguro médico principal: _____ Fecha de vigencia: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo: _____ Nombre completo del titular: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: M F No binario Desconocido Fecha de nacimiento _____ Seguro social: ____ - ____ - ____

Seguro médico secundario: _____ Fecha de vigencia: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre completo del titular: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Sexo: M F Otro No deseo contestar Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Relación con el paciente: _____ Empleador del titular: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Si no tiene seguro, debe marcar la casilla disponible a continuación para dar fe de que la información es verdadera y precisa:

No tengo ningún tipo de seguro médico, incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid, o cualquier otro plan de beneficios médicos privado o financiado por el gobierno. Para que el Programa de COVID-19 de la Administración de recursos y servicios de salud de los Estados Unidos pague la tarifa de administración de la vacuna, proporcione un (a) número de seguro social valido, (b) número de identificación estatal y estado de emisión, O (c) número de licencia de conducir y estado de emisión.

Número de seguro social

o

número de identificación y estado

o

número de licencia y estado

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

	SÍ	NO	NO SÉ
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Tiene alergia a alguno de los contenidos de esta vacuna, los cuales incluyen polisorbato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica (severa o inmediata) a alguna vacuna?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Tiene algún trastorno de sangrado o está tomando anticoagulantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Está inmunodeprimido o toma medicamentos que afectan el sistema inmunológico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19 antes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Pacientes femeninos:			
a. ¿Está o podría estar embarazada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Está planeando quedar embarazada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Está amamantando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. En las últimas dos semanas, ¿ha dado positivo por COVID-19 o ha estado expuesto a alguien con COVID-19? (Para el personal de salud: ¿ha tenido una exposición de alto riesgo por la que se le ha recomendado cuarentena?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Si ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 90 días, ¿recibió terapia de anticuerpos o tratamiento de plasma de convaleciente para su enfermedad de COVID?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Tiene o ha tenido el Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM), una afección en la que partes del cuerpo se inflaman?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Ha tenido un recuento bajo de plaquetas en sangre a causa de la Trombocitopenia Inducida por Heparina (HIT)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Tiene antecedentes del Síndrome de Guillain-Barré (GBS)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RECONOCIMIENTO

Se me brindó la Hoja de información para receptores de la vacuna contra el COVID-19 que estoy recibiendo. He leído o se me ha explicado la información brindada sobre la vacuna. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y los beneficios de la vacuna y elijo recibirla voluntariamente.

Según entiendo, se han observado coágulos de sangre que afectan a los vasos sanguíneos del cerebro, del abdomen y de las piernas, así como niveles bajos de plaquetas (células sanguíneas que ayudan al cuerpo a detener las hemorragias) en algunas personas que han recibido la vacuna COVID-19 de Janssen. En las personas que desarrollaron estos coágulos de sangre y niveles bajos de plaquetas, los síntomas se presentaron aproximadamente una o dos semanas después de recibir la vacuna. La mayoría de las personas que presentaron estos coágulos de sangre y niveles bajos de plaquetas eran mujeres de entre 18 y 49 años. Aunque la posibilidad de que esto ocurra es remota, debe buscar atención médica de inmediato si después de recibir la vacuna Janssen COVID-19 observa alguno de los siguientes síntomas:

- Falta de aire
- Dolor en el pecho
- Hinchazón de las piernas
- Dolor abdominal persistente
- Dolores de cabeza severos o persistentes o visión borrosa,
Facilidad para presentar moretones o pequeñas manchas de sangre bajo la piel más allá del sitio de la inyección

Entiendo que la vacuna Janssen contra el COVID-19 está autorizada para aplicarse a personas de 18 años o más para las que otras vacunas contra el COVID-19 autorizadas o aprobadas no son accesibles o clínicamente adecuadas, y para las personas de 18 años o más que eligen recibir la vacuna Janssen contra el COVID-19 porque de otro modo no recibirían una vacuna contra el COVID-19.

Me dieron la oportunidad de hacer preguntas. Todas las que formulé fueron respondidas a mi satisfacción. Comprendo los riesgos y beneficios de la vacunación y decido voluntariamente vacunarme.

Entiendo que debo permanecer en el área de administración de la vacuna por 15 minutos después de recibirla para ser monitoreado por cualquier posible reacción adversa. Si he tenido reacción severa a la vacuna anteriormente, seré monitoreado por 30 minutos. Entiendo que si experimento efectos secundarios después de retirarme del área de vacunación, debo llamar a mi médico, o si los efectos secundarios son severos, llamaré al 911.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Autorizo la divulgación de mi información personal, de facturación y médica a pagadores de terceros, compañías de seguros o agencias de revisión para el uso en conexión con el pago, incluyendo elegibilidad de pago, cumplimiento normativo o de acreditación o según se requiera para que el proveedor reciba pago o reembolso por la atención. Autorizo y cedo irrevocablemente al administrador de la vacuna el pago de cualquier beneficio pagadero a mí/los montos pagaderos por la vacuna que reciba.

DIVULGACIÓN DEL EXPEDIENTE

Entiendo que a **[insert name of ministry]** se le puede requerir o puede divulgar voluntariamente mi información médica al médico responsable de este protocolo de información de salud específica de las personas vacunadas por **[insert Ministry]**, mi médico de cabecera (si tengo uno), mi plan de seguro, sistemas de salud y hospitales, y/o registros estatales o federales, para fines de tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica. También entiendo que **[insert Ministry]** usará y divulgará mi información médica como se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad del ministerio (una copia está disponible a pedido).

Acepto que [insert ministry] y sus socios comerciales puedan comunicarse conmigo a través de cualquier número de teléfono proporcionado por mí o asociado con mi historial médico, incluidos los números de teléfono celular, lo que podría resultar en cargos para mí. [insert ministry] también puede comunicarse conmigo enviando mensajes de texto o correo electrónico, utilizando la información de contacto que proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del padre o tutor _____

Fecha: _____