

Ministerio de Salud



Formulario de Preselección y Consentimiento para la Vacuna Contra la COVID-19

FORMULARIO DE PRESELECCIÓN Y CONSENTIMIENTO: vacuna contra la COVID-19

Versión 2.0. 23 de enero de 2021

Apellido [REDACTED]		Primer nombre [REDACTED]		Identificación (por ej., número de credencial de salud) [REDACTED]	
Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ No binario ☐ Prefiero no responder					
Teléfono de casa		Celular		Correo electrónico	
Domicilio				Ciudad	
Provincia				Código postal	
Fecha de nacimiento (mes, día, año) ____/____/____		Edad		¿Es su primera o segunda dosis de la vacuna? ☐ Primera ☐ Segunda	
De ser la segunda, indique la fecha en que recibió la primera dosis: ____/____/____ (mes, día, año)					

Responda todas las preguntas a continuación:

¿Tiene síntomas de COVID-19 o se siente enfermo/a hoy? * ☐ No ☐ Sí	Si la respuesta es "sí", especifique.
¿Ha tenido anteriormente una reacción alérgica grave (por ej., anafilaxia) a una dosis anterior de una vacuna de ARNm contra la COVID, a alguno de sus ingredientes o al envase? ☐ No ☐ Sí	Si la respuesta es "sí", especifique.
¿Se sospecha que usted sea hipersensible o que tenga una reacción alérgica inmediata (incluidos una reacción alérgica dentro de las cuatro horas con urticaria, inflamación o dificultad respiratoria, incluso sibilancia) a algunos de los siguientes:	Si la respuesta es "sí", especifique.
Una dosis anterior de una vacuna de ARNm contra la COVID-19 ☐ No ☐ Sí	
Algún ingrediente de la vacuna de ARNm contra la COVID-19 (incluido el polietilenglicol [PEG]/macrogol)** ☐ No ☐ Sí	
Polisorbato (por posible hipersensibilidad de reactividad cruzada con el ingrediente de la vacuna PEG)** ☐ No ☐ Sí	

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ej., anafilaxia) o inmediata a alguna otra vacuna o tratamiento inyectable (por ej., vacunas o tratamientos intramusculares, intravenosos o subcutáneos no relacionados con un ingrediente de las vacunas de ARNm contra la COVID-19 o con polisorbatos? (Esto abarca una reacción alérgica dentro de las cuatro horas con urticaria, inflamación o dificultad respiratoria, incluso sibilancia). ☐ No ☐ Sí	Si la respuesta es "sí", especifique.
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ej., anafilaxia) que no esté relacionada con vacunas ni medicamentos inyectables (como alergias a comidas, a mascotas, a veneno, a elementos del medioambiente o al látex, etc.)? ☐ No ☐ Sí	Si la respuesta es "sí", especifique.
¿Ha recibido alguna otra vacuna (que no sea la vacuna contra la COVID-19) en los últimos catorce días? ☐ No ☐ Sí	Si la respuesta es "sí", especifique.
¿Está—o podría estar—embarazada? ☐ No ☐ Sí	Si la respuesta es "sí", especifique.
¿Está amamantando? ☐ No ☐ Sí	Si la respuesta es "sí", especifique.
¿Tiene algún problema del sistema inmunitario o está tomando medicamentos que podrían afectar al sistema inmunitario (por ej., esteroides en altas dosis o quimioterapia)? ☐ No ☐ Sí	Si la respuesta es "sí", especifique.
¿Tiene una enfermedad autoinmunitaria? ☐ No ☐ Sí	Si la respuesta es "sí", especifique.
¿Padece algún trastorno hemorrágico o toma medicamentos que podrían afectar a la coagulación (por ej., anticoagulantes)? ☐ No ☐ Sí	

¿Alguna vez se ha mareado o desmayado después de vacunarse o de que le realicen un procedimiento médico? ☐ No ☐ Sí	Si la respuesta es "sí", especifique.
* Los síntomas de COVID-19 pueden incluir: fiebre, tos nueva o empeoramiento de una tos crónica, falta de aire, dificultad para respirar, dolor de garganta, dificultad para tragar, pérdida o disminución del sentido del olfato o del gusto, escalofríos, dolores de cabeza, cansancio, malestar o dolor muscular inexplicables, náuseas o vómitos, diarrea o dolor abdominal, conjuntivitis, rinorrea o congestión nasal sin otra causa conocida o, en los mayores de setenta años, mayor cantidad de caídas o caídas sin explicación, deterioro funcional brusco, empeoramiento de afecciones crónicas o delirio confusional.	** El polietilenglicol (PEG) (macrogol) raramente ocasiona reacciones alérgicas y se lo encuentra en productos como medicamentos, productos para preparar el colon para realizar colonoscopías, laxantes, jarabes para la tos, cosméticos, cremas para la piel, productos médicos utilizados en la piel o durante intervenciones quirúrgicas, dentífricos, lentes de contacto y soluciones para lentes de contacto. También se lo encuentra en alimentos o bebidas, pero no se tiene conocimiento de que cause reacciones alérgicas en las comidas o bebidas. El polisorbato también puede causar reacciones alérgicas por reactividad cruzada con el PEG.

Consentimiento para vacunarse

He leído el presente formulario de consentimiento (o me lo han leído) y comprendo la "ficha informativa de la vacuna contra la COVID-19".

- He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las que se han respondido a mi entera satisfacción.
- He tenido la oportunidad de hablar con mi profesional clínico de cabecera en lo referente a consideraciones especiales que podrían corresponder en mi caso en lo referente a la vacuna contra la COVID-19.

☐ **Doy mi consentimiento para vacunarme.**

Reconocimiento de recolección, uso y divulgación de información médica personal

La información médica personal proporcionada en el presente formulario se recolecta a los fines de brindarle atención y de crear su registro de vacunación. Además, se la recolecta porque es necesario a los fines administrativos del programa de vacunación contra la COVID-19 de Ontario. Dicha información se utilizará y divulgará con dichos fines, además de otros fines autorizados y exigidos por la ley. Por ejemplo:

- se compartirá con el oficial médico en jefe y con las unidades de salud pública de Ontario en los casos en los que sea necesario revelar la información en virtud de la *Ley de Protección y Fomento de la Salud*; y
- se la podría divulgar como parte de su historia clínica electrónica provincial a la que acceden los profesionales sanitarios que lo/a atienden.

Dicha información se almacenará en un sistema de historias clínicas a cargo y bajo el control del Ministerio de Salud.

Cuando un hospital administre un consultorio clínico, el hospital recolectará, utilizará y divulgará su información como representante del Ministerio de Salud.

☐ **Reconozco que he leído y que comprendo la declaración que antecede.**

Es posible que un hospital, unidad local de salud pública o el Ministerio de Salud se comuniquen con usted respecto de la vacuna contra la COVID-19 (por ejemplo, para recordarle las consultas de seguimiento y para proporcionarle un comprobante de vacunación). Si usted brinda su consentimiento para recibir estas comunicaciones de seguimiento por correo electrónico o por mensaje de texto (SMS), indíquelo en los casilleros a continuación.

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de seguimiento:

☐ **por correo electrónico** ☐ **por mensaje de texto (SMS)**

Consentimiento para comunicarse por estudios de investigación

Se llevarán a cabo muchos estudios de investigación respecto de la vacuna contra la COVID-19.

Usted puede elegir dar su consentimiento para que se comuniquen con usted investigadores y lo/a inviten a participar en estudios de investigación de la vacuna contra la COVID-19. Si da su consentimiento para que se comuniquen con usted, se utilizará su información médica personal para determinar qué estudios serían pertinentes en su caso, y se les revelará su nombre e información de contacto a los investigadores. El hecho de brindar su consentimiento para que se comuniquen con usted para invitarlo/a a participar en estudios clínicos no significa que haya dado su consentimiento para participar en dichos estudios. La participación en investigaciones es voluntaria. Puede negarse a que se comuniquen con usted para invitarlo/a a participar en estudios de investigación sin que eso repercuta en su selección para vacunarse contra la COVID-19.

Si brinda su consentimiento para que se comuniquen con usted para invitarlo/a a participar en estudios de investigación y después cambia de idea, puede retirar su consentimiento en cualquier momento por correo electrónico, el que debe enviar al Ministerio de Salud a Vaccine@ontario.ca.

Doy mi consentimiento para que se comuniquen conmigo para invitarme a participar en estudios de investigación de la vacuna contra la COVID-19:

☐ **por correo electrónico** ☐ **por mensaje de texto (SMS)** ☐ **por teléfono** ☐ **por correo postal**

☐ **No doy mi consentimiento para que se comuniquen conmigo para invitarme a participar en estudios de investigación de la vacuna contra la COVID-19:**

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha en que se firma

Si firma por otra persona, indique su relación con esa otra persona:

☐ Si firmo por otra persona, confirmo que soy su padre/madre/tutor o persona con poder de decisión.

Temas específicos referentes a la: Ley de Centros de Atención de Enfermos Crónicos de 2007

Se podrá retirar o revocar en cualquier momento el consentimiento para vacunarse del residente.

Declaración en virtud del artículo 83 de la Ley:

Tome en cuenta la siguiente protección jurídica:

Todo titular de una licencia de un centro de atención de enfermos crónicos deberá asegurarse de que no se le diga a ninguna persona ni que se la haga pensar que se le negará la admisión a un posible residente o que se le dará el alta a un residente del centro porque:

- (a) no se firmó un documento;
- (b) se invalidó un acuerdo;
- (c) se dio, no dio, retiró o revocó un consentimiento o directiva en lo referente a un tratamiento o atención.

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE VACUNACIÓN					
Agent	COVID-19	Product Name		Lot #	Dose
Anatomical Site	☐ Left deltoid ☐ Right deltoid		Route	Intramuscular	Dose #
Date Given	____/____/____ (m/d/yyyy)		Time Given	____:____ am pm	AEFI? ☐ Yes ☐ No
Given By (Name, Designation)		Location		Authorized By	
Reason for Immunization	☐ Healthcare worker ☐ Healthcare worker: LTC Home ☐ Healthcare worker: Retirement Home ☐ LTC Home: Resident ☐ Retirement Home: Resident ☐ Advanced age: community dwelling ☐ Other employees in acute care, LTC, RHs ☐ Indigenous community ☐ Chronic conditions				
Reason Immunizations Not Given	Healthcare provider: ☐ Determines immunization is contraindicated ☐ Recommends immunization but no consent received ☐ Determines that immunization will be temporarily deferred				
Your dose 2 of 2 is scheduled for:		____/____/____ (m/d/yyyy) ____:____ am pm			