



PATIENT:  
MDA MRN:  
ACCT#:  
ADM DATE:  
DISCHARGE DATE:  
PRINT DATE: 5/27/2021;  
CSN:  
DOB:  
LOCATION:  
SEX: FC:

## **Pfizer BioNTech Vacuna contra el COVID-19 Confirmación de la 1ª y la 2ª dosis**

**Por favor, lea hasta final para confirmar que entiende y está de acuerdo con la siguiente información para usted o su hijo/a o menor de edad. Declaro que yo (y/o mi hijo/a o menor):**

- Tengo/tiene 12 años o más;
- He/ha recibido información sobre los posibles efectos secundarios de la vacuna de Pfizer contra el COVID-19, tal y como se indica en la hoja informativa titulada Autorización para Uso de Emergencia;
- Elijo/elige voluntariamente recibir la dosis 1 y 2 de la vacuna contra el COVID-19 en MD Anderson después de considerar detenidamente los riesgos y beneficios que ello implica;
- No he/ha recibido tratamiento contra el COVID-19 sintomático con terapia de anticuerpos monoclonales (es decir, bamlanivimab, casirivimab o imdevimab) ni plasma convaleciente en los últimos 3 meses;
- No me/le ha salido positiva la prueba de COVID-19 recientemente, y si es así, he/ha completado la cuarentena de 10 días antes de la cita para la vacuna;
- Entiendo que la vacuna contra el COVID-19 puede tener efectos secundarios que aún se desconocen.
- Entiendo que debería consultar con mi proveedor médico para analizar los riesgos y beneficios personales de recibir la vacuna contra el COVID-19.
- Entiendo que, si yo o mi hijo/a o menor alguna vez he/ha experimentado una reacción alérgica grave, podemos tener un mayor riesgo de experimentar una reacción alérgica grave a la vacuna de Pfizer contra el COVID-19 (incluidos problemas para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, latidos rápidos del corazón, salpullido importante por todo el cuerpo, mareos y debilidad).
- Entiendo que yo o mi hijo/a o menor deberíamos proceder con precaución si alguna vez he/ha experimentado una reacción alérgica grave a una vacuna o medicamento inyectado en la piel, los músculos o las venas, y que yo o mi hijo/a o menor deberíamos hablar con mi/su proveedor médico personal sobre si debemos o no recibir la vacuna de Pfizer contra el COVID-19 en estos momentos.



PATIENT:  
MDA MRN:  
ACCT#:  
ADM DATE:  
DISCHARGE DATE:  
PRINT DATE: 5/27/2021;  
CSN:  
DOB:  
LOCATION:  
SEX: FC:

- Entiendo que yo o mi hijo/a o menor no debemos recibir la vacuna de Pfizer contra el COVID-19 si alguna vez hemos experimentado una reacción alérgica grave a un componente de esta vacuna, incluidos polietilenglicol (utilizado en muchos medicamentos inyectables), cloruro de potasio, cloruro de sodio, sacarosa y colesterol.
- Entendiendo que yo y mi hijo/a o menor debemos permanecer en un área de observación designada durante 15 a 30 minutos después de recibir la vacuna para que el personal médico del centro pueda proporcionarme atención en caso de que experimentar una reacción alérgica grave a la vacuna contra el COVID-19.
- Entiendo que, si yo o mi hijo/a o menor experimentamos una reacción adversa grave una vez que hayamos abandonado el área de observación designada, debo llamar al 9-1-1 o acudir inmediatamente a la sala de emergencias (ER) del hospital más cercano.
- Entendiendo que yo o mi hijo/a o menor debemos completar la serie de dos dosis de la vacuna de Pfizer contra el COVID-19, a menos que mi/su proveedor médico indique lo contrario.
- Entiendo que hoy recibiré una tarjeta de vacunación contra el COVID-19 en la que se indicará que yo o mi hijo/a o menor hemos recibido la primera dosis de la vacuna de Pfizer contra el COVID-19 y que debo traer la tarjeta de vacunación conmigo cuando regrese para recibir la segunda dosis de esta vacuna.
- Entiendo que las vacunas contra el COVID-19 administradas en MD Anderson se registrarán y reportarán según los requisitos del Gobierno estatal y federal, y que la información que se comparta sobre mí o mi hijo/a o menor como parte de este proceso se limitará al nombre y apellidos, fecha de nacimiento, género, raza, etnia, dirección y si somos miembro del personal escolar o de cuidados infantiles.
- Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) del UT MD Anderson. Entiendo que tengo a mi disposición una copia del NPP en el momento de la vacunación, si lo solicito, o [si lo reviso en el sitio web](#);
- Entiendo la importancia de continuar con las prácticas de llevar mascarilla, lavarse las manos y mantener el distanciamiento social después de recibir la vacuna contra el COVID-19.
- Entiendo que mi seguro puede recibir una factura correspondiente a la tarifa de la administración de la vacuna contra el COVID-19 y que mi seguro debe procesar el costo de la administración de la vacuna, sin aplicarme ningún costo de bolsillo.

## Pfizer BioNTech Vacuna contra el COVID-19 Confirmación de la 1ª y la 2ª dosis



PATIENT:  
MDA MRN:  
ACCT#:  
ADM DATE:  
DISCHARGE DATE:  
PRINT DATE: 5/27/2021;  
CSN:  
DOB:  
LOCATION:  
SEX: FC:

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de molde el nombre del paciente o el padre/familiar más cercano legal del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el niño/menor (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del padre/familiar legal más cercano del niño