Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Formulario de consentimiento para la vacunación contra el COVID-19

Antes de completar este formulario, asegúrese de leer la hoja informativa acerca de la vacuna que se le aplicará: Vaxzevria (AstraZeneca), Comirnaty (Pfizer) o Spikevax (Moderna).

Última actualización: 8 de octubre de 2021

Acerca de la vacunación contra el COVID-19

Las personas que se vacunan contra el COVID-19 tienen una probabilidad mucho menor de enfermarse por el COVID-19.

Existen tres marcas de la vacuna en uso en Australia. Todas son efectivas y seguras. Pfizer o Moderna se prefieren antes que AstraZeneca para los adultos menores de 60 años de edad.

Debe aplicarse dos dosis de la misma marca de vacuna. Cuando reciba la primera dosis, se le informará cuando deberá aplicarse la segunda dosis.

Las personas que están gravemente inmunodeprimidas pueden requerir una tercera dosis como parte de su curso primario. Consulte http://www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

Los expertos médicos estudiaron las vacunas contra el COVID-19 para asegurarse de que sean seguras. La mayoría de los efectos secundarios son leves. Pueden comenzar el día de la vacunación y durar alrededor de uno a dos días. Al igual que con cualquier vacuna o medicamento, puede haber efectos secundarios raros o desconocidos.

Un efecto secundario muy raro después de la aplicación de AstraZeneca se llama trombosis con síndrome de trombocitopenia, o STT. Esto significa la formación de coágulos sanguíneos (trombosis) con niveles bajos de plaquetas en sangre (trombocitopenia). El STT no ocurre después de administrar Pfizer o Moderna.

Se informó miocarditis y pericarditis (inflamación del corazón) después de la aplicación de Pfizer y Moderna. La mayoría de los casos fueron leves y las personas se recuperaron rápidamente.

Informe a su proveedor de atención médica si tiene algún efecto secundario después de la vacunación que lo preocupe.

Nombre:												
Número de Medicare:												

Es posible que reciba un mensaje de texto o de correo electrónico dentro de la semana siguiente la vacunación para ver cómo se siente.

Algunas personas pueden contagiarse el COVID-19 después de la vacunación. Debe seguir todas las indicaciones de salud pública de su estado o territorio para detener la propagación del COVID-19, incluidas:

- mantener la distancia: permanecer como mínimo a 1,5 metros de distancia de otras personas
- lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón, o usar desinfectante para manos
- usar una mascarilla
- quedarse en casa si no se siente bien y tiene síntomas de resfrío o gripe y hacerse una prueba del COVID-19.

De acuerdo a la ley, la persona que le administre la vacuna debe registrarla en el Australian Immunisation Register (Registro Australiano de Inmunizaciones). Puede ver su historial de vacunación en línea a través de su:

- Cuenta de Medicare
- Cuenta MyGov
- Cuenta My Health Record.

Cómo se utiliza su información

Para obtener información sobre cómo se recopilan, almacenan y utilizan sus datos personales, visite www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations.

Si va a vacunarse a una farmacia, la farmacia debe compartir parte de su información personal con el Administrador de Programas de Farmacias. Esto se hace para que la farmacia pueda solicitar el pago por parte del gobierno australiano. En el enlace anterior, se suministra más información acerca del motivo por el cual esto se necesita y qué información se comparte.

El día en que se aplique la vacuna

Antes de vacunarse, dígale a la persona que le aplicará la vacuna si:

- tuvo una reacción alérgica, particularmente una reacción alérgica grave (anafilaxia) a:
  - una dosis previa de una vacuna contra el COVID-19
  - un ingrediente de una vacuna contra el COVID-19
  - otras vacunas o medicamentos

- está inmunocomprometido. Esto significa que tiene un sistema inmunitario debilitado que dificulta la lucha contra enfermedades. De todos modos, puede vacunarse contra el COVID-19, pero hable con su médico acerca de cuándo es el mejor momento para vacunarse. Esto dependerá de su afección y tratamiento.

Nombre:												
Número de Medicare:												

Lista de control para el consentimiento

Sí	No	
☐	☐	¿Tuvo una reacción alérgica a una dosis previa de una vacuna contra el COVID-19?
☐	☐	¿Tuvo anafilaxia por otra vacuna o medicamento?
☐	☐	¿Tuvo un efecto secundario grave, que, después de la revisión especializada de un proveedor de inmunizaciones experimentado o especialista médico, se atribuyó a una dosis previa de una vacuna contra el COVID-19 (y no tuvo otra causa identificada)?
☐	☐	¿Alguna vez tuvo mastocitosis (desorden del mastocito), que le produjo anafilaxia recurrente?
☐	☐	¿Tuvo COVID-19 anteriormente?
☐	☐	¿Tiene un trastorno hemorrágico?
☐	☐	¿Toma algún medicamento anticoagulante (terapia anticoagulante)?
☐	☐	¿Tiene un sistema inmune debilitado (inmunocomprometido)?
☐	☐	¿Está embarazada? *
☐	☐	¿Estuvo enfermo con tos, dolor de garganta, fiebre o se siente mal por otro motivo?
☐	☐	¿Se vacunó contra el COVID-19 anteriormente?
☐	☐	¿Recibió alguna otra vacuna en los últimos 7 días?

Pertinente solo para quienes reciben AstraZeneca:

☐	☐	¿Le diagnosticaron síndrome de fuga capilar con anterioridad?
☐	☐	¿Tuvo trombosis (formación de coágulos) combinada con trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas) dentro de los 42 días posteriores a la vacunación con la primera dosis de AstraZeneca?
☐	☐	¿Tuvo trombosis del seno venoso con anterioridad? *
☐	☐	¿Tuvo trombocitopenia inducida por heparina con anterioridad? *
☐	☐	¿Tuvo coágulos de sangre en las venas abdominales (venas esplácnicas) con anterioridad? *
☐	☐	¿Tuvo síndrome antifosfolípido asociado con coágulos de sangre con anterioridad? *
☐	☐	¿Tiene menos de 60 años de edad? *

* Pfizer o Moderna son las vacunas preferidas para las personas de estos grupos. Si estas vacunas no están disponibles, se puede considerar AstraZeneca, si los beneficios de la vacunación son mayores que los riesgos.

Para mayor información, consulte www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts.

Nombre:												
Número de Medicare:											■	

Si está embarazada, consulte www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy.

Pertinente solo para quienes reciben Pfizer o Moderna:

- ☐ ☐ ¿Le diagnosticaron miocarditis y/o pericarditis atribuida a una dosis previa de Pfizer o Moderna?
- ☐ ☐ ¿Tuvo miocarditis, pericarditis o endocarditis dentro de los últimos seis meses?
- ☐ ☐ ¿Actualmente tiene fiebre reumática aguda o enfermedad reumática del corazón aguda?
- ☐ ☐ ¿Tiene insuficiencia cardíaca grave?

Si contestó “Sí” a alguna de las preguntas anteriores, es posible que aún así pueda recibir Pfizer o Moderna. No obstante, debería hablar en primer lugar con su médico, especialista en inmunizaciones o cardiólogo, para decidir el mejor momento para vacunarse y si se necesitan precauciones adicionales.

Última actualización: 8 de octubre de 2021

Nombre:	
Número de Medicare:	

Información del paciente

Nombre:	
Número de Medicare:	
Identificador Individual de Salud (IHI), si corresponde:	
Fecha de nacimiento:	
Dirección:	
Número de contacto telefónico:	
Dirección de correo electrónico:	
Género:	
Idioma que habla en su hogar:	
País de nacimiento:	

¿Es usted aborigen y/o isleño del Estrecho de Torres?

☐ Sí, solo aborigen
☐ Sí, solo isleño del Estrecho de Torres
☐ Sí, aborigen e isleño del Estrecho de Torres
☐ No
☐ Prefiero no contestar

Familiar (en caso de emergencia):	
Nombre:	
Número de contacto telefónico:	

Consentimiento para recibir la vacuna contra el COVID-19

☐ Confirmo que recibí y entendí la información proporcionada sobre la vacunación contra el COVID-19.

☐ Confirmo que ninguna de las condiciones anteriores se aplica a mí, o que hablé de estas condiciones y de cualquier otra circunstancia especial con mi proveedor regular de atención médica y/o proveedor de vacunación.

☐ Acepto recibir la vacuna completa contra el COVID-19 (dos dosis de la misma vacuna).

Nombre:	
Número de Medicare:	

Nombre del paciente:	
Firma del paciente:	
Fecha:	

☐ Soy el padre/la madre, tutor legal o sustituto responsable de la toma de decisiones del paciente, y estoy de acuerdo con la vacunación contra el COVID-19 del paciente mencionado anteriormente.

Nombre del padre/la madre/tutor legal/sustituto responsable de la toma de decisiones:	
Firma del padre/la madre/tutor legal/sustituto responsable de la toma de decisiones:	
Fecha:	

Nombre:												
Número de Medicare:												

Para uso del proveedor:

Dosis 1:

Fecha de administración de la vacuna:	
Hora de aplicación:	
Marca de la vacuna contra el COVID-19 administrada:	
Nro. de lote:	
Nro. de serie:	
Lugar de aplicación de la vacuna:	
Nombre del proveedor del servicio de vacunación:	

Dosis 2:

Fecha de administración de la vacuna:	
Hora de aplicación:	
Marca de la vacuna contra el COVID-19 administrada:	
Nro. de lote:	
Nro. de serie:	
Lugar de aplicación de la vacuna:	
Nombre del proveedor del servicio de vacunación:	

Dosis 3:

Fecha de administración de la vacuna:	
Hora de aplicación:	
Marca de la vacuna contra el COVID-19 administrada:	
Nro. de lote:	
Nro. de serie:	
Lugar de aplicación de la vacuna:	
Nombre del proveedor del servicio de vacunación:	

Nombre:												
Número de Medicare:												

*Si es requerida. Para obtener más información, consulte:
www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

Última actualización: 8 de octubre de 2021

Nombre:												
Número de Medicare:												