



Formulario de selección y consentimiento para vacunación con JYNNEOS*

Nombre del receptor (en letra de molde)		Nombre preferido	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Idioma preferido	
Padre/Madre/Tutor/Suplente (si corresponde, en letra de molde)		Teléfono	
Fecha de nacimiento		Identidad de género actual Clave: W – Mujer/niña TW –Mujer/niña transgénero M – Hombre/niño Indique la identidad abajo: TM – Hombre/niño transgénero NB – Persona no binaria GNC – Género no conforme Q – Inseguro/En cuestionamiento NR – Decidió no responder GNL - El género no está en la lista (escribirlo) * Pronombres de género: escribir junto al nombre del cliente	
Sexo asignado al nacer Clave: Indique el sexo abajo: M – Masculino F – Femenino I – Intersexual NR – Decidió no responder		Estado civil Clave: S – Soltero D – Divorciado M – Casado Indique su estado civil abajo: W – Viudo V – Unión civil U – Desconocido SEPARATED – Legalmente separado PARTNER – Pareja estable	
Grupo étnico Clave: DECL – Se negó a responder Indique el grupo étnico abajo: HIS – Origen hispano NHL – Origen no hispano UNK – Desconocido		Raza Clave: AIA – Indígena americano o de Alaska ASN – Asiático Indique su raza abajo: BAA – Afroamericano o negro DECL – Se negó a responder NHP – Nativo de Hawaii o isleño del Pacífico WHT – Blanco OTH – Otro o multirracial	
Nombre del seguro primario		N.º de ID del seguro primario	Nombre y fecha de nacimiento del suscriptor
Dirección del seguro primario		N.º de grupo del seguro primario	Relación del suscriptor con el paciente
Nombre del seguro secundario		N.º de ID del seguro secundario	Nombre y fecha de nacimiento del suscriptor
Dirección del seguro secundario		N.º de grupo del seguro secundario	Relación del suscriptor con el paciente
Clínica o consultorio en donde se aplica la vacuna		Dirección y número de teléfono del médico de atención primaria	

Cuestionario de selección

1.	¿Ha tenido una exposición conocida a un caso sospechado o confirmado de viruela del mono en los últimos 14 días, o le han diagnosticado el virus de la viruela del mono a partir del 17/May/2022?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2.	¿Está en alto riesgo de haber tenido una exposición potencial reciente a la viruela del mono (en los últimos 14 días)? Esto puede incluir el contacto íntimo o piel con piel con otras personas en regiones donde se está propagando la viruela del mono.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3.	¿Siente que puede estar en riesgo de exposición futura a la viruela del mono, aunque no tiene un alto riesgo de exposición reciente a la viruela del mono en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4.	¿El día de su cita tendrá usted menos de 18 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5.	¿Tiene algún síntoma hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6.	¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica inmediata, como urticaria, hinchazón facial, dificultad para respirar o anafilaxia, a alguna vacuna, inyección o antibiótico o a algún componente de la vacuna JYNNEOS, o tiene antecedentes de cicatrices queloides?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7.	¿Se ha aplicado una dosis de vacuna JYNNEOS en las últimas 4 semanas? Si contestó que sí, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

	Fecha: _____			
8.	¿Se ha aplicado una vacuna de ARNm contra el COVID-19 (Pfizer o Moderna) en las últimas 4 semanas, o está planeando recibir una vacuna de ARNm contra el COVID-19 en las próximas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
9.	¿Actualmente está embarazada, planeando embarazarse o amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
10.	¿Tiene inmunodepresión moderada o grave debido a uno o más de los trastornos médicos o a la recepción de medicamentos o tratamientos inmunodepresores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
11.	¿Tiene antecedentes de miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación de la membrana que rodea el corazón)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
12.	¿Ha leído y estudiado la declaración informativa de la vacuna (VIS) o la autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna JYNNEOS? (JYNNEOS con fecha 1/Jun/22) https://www.fda.gov/media/160774/download (o) https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/smallpox-monkeypox.pdf	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
13.	¿Entiende los riesgos y beneficios de la vacuna JYNNEOS y consiente a recibir la vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Consentimiento

He leído, o me han explicado, la declaración informativa de vacuna (VIS) referente a la vacuna **JYNNEOS** (si tiene 18 años o más) o la hoja informativa de la autorización de uso de emergencia (EUA) (si tiene 17 años o menos). Estos documentos también están disponibles en español: https://www.immunize.org/vis/pdf/spanish_smallpox_monkeypox.pdf (y) <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/files/interim-considerations/jynneos-factsheet-recipients-caregivers-spanish.pdf>. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción, y entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación que me han descrito. Entiendo que JYNNEOS es una vacuna con dos (2) dosis que se aplican con una separación de 28-35 días, y que es necesario recibir ambas dosis para obtener la mejor eficacia de la vacuna. Solicito que la vacuna JYNNEOS me sea aplicada (o le sea aplicada a la persona arriba mencionada en cuyo nombre puedo hacer esta solicitud). Autorizo la divulgación de toda la información médica y de otros tipos que sea necesaria para procesar una reclamación de Medicare o de otro seguro, o para otros fines de salud pública. He recibido una copia de la carta de derechos del paciente.

También me han informado que puedo informar todos los efectos adversos que presente a mi proveedor de servicios de salud o al Sistema de Informes de Eventos Adversos de Vacunas al 1-800-822-7967 y en www.vaers.hhs.gov.

Entiendo que esta vacuna no tendrá costo para mí. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por la aplicación de la vacuna será cedido y transferido al proveedor de la vacuna, incluyendo los beneficios y el dinero de mi plan de salud, de Medicare o de otros terceros que tengan la responsabilidad financiera por mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluyendo, entre otra, de mis registros médicos, copias de reclamaciones y facturas desglosadas) para verificar el pago y para otros fines de salud pública, que incluyen hacer informes a los registros de vacunación aplicables.

Receptor/Sustituto/Tutor (Firma)	Fecha / Hora	Nombre en letra de molde	Relación con el paciente (si no es el paciente)
----------------------------------	--------------	--------------------------	---

N.º de ID del intérprete telefónico	Fecha / Hora
-------------------------------------	--------------

○

Firma: Intérprete	Fecha / Hora	En letra de molde: Nombre del intérprete y relación con el paciente
-------------------	--------------	---

He proporcionado al paciente (y a sus padres, tutores o representantes, según corresponda) la información sobre la vacuna, y se obtuvo su consentimiento para la vacuna.

Firma de quien aplica la vacuna:

* El uso de este formulario es opcional.

24 de agosto de 2022

La parte de abajo debe ser llenada por el proveedor de la vacuna						
¿Qué vacuna recibió el paciente hoy?						
Nombre de la vacuna	Vía de administración		Dosis		Fabricante y n.º de lote	Fecha de la hoja informativa VIS
JYNNEOS	<input type="checkbox"/> Subcutánea	<input type="checkbox"/> Intradérmica	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis		
Lugar de aplicación	<input type="checkbox"/> Área del tríceps izquierdo <input type="checkbox"/> Área del tríceps derecho <input type="checkbox"/> Cara volar del antebrazo (preferible para intradérmica) <input type="checkbox"/> Espalda, debajo del omóplato <input type="checkbox"/> Parte superior del pecho <input type="checkbox"/> Otro _____					
Dosis	<input type="checkbox"/> 0.5 ml <input type="checkbox"/> 0.1 ml					