

Formulario de Registro para la Vacuna MPOX



Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe alguna razón por la cual usted (o su hijo) no debe recibir la vacuna mpox (viruela del mono). Si responde "Sí" a alguna de las siguientes preguntas, esto no significa que usted (o su hijo) no debería recibir la vacuna. Simplemente significa que necesitaríamos hacerle preguntas adicionales. Si alguna de las preguntas no está clara, por favor pídale a su proveedor médico que le explique con más detalle.

Información del paciente

Nombre	Apellido	
Sufijo (opcional)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Edad
Nombre del padre, la madre o el tutor		

Información de contacto

Dirección postal	Ciudad	Código postal
Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico	

Identidad de género actual

- Genderqueer o género no binario Mujer/Femenino Hombre/Masculino Mujer Transgénero Hombre Transgénero
 Prefiero no decir Otra identidad

¿Cuál de las siguientes opciones representa la orientación sexual del paciente?

- Bisexual Gay, lesbiana o amante del mismo género Heterosexual Cuestionándose Prefiero no decir
 Otra identidad

¿Cuál es el sexo indicado en el acta de nacimiento del paciente?

- Mujer Hombre No binario o intersexual Prefiero no decir

¿El paciente es hispano/a, latinx, o de origen español?

- Sí No

¿Cuál es la raza o nacionalidad del paciente?

- Nativo Americano Asiático Negro o Afrodescendiente Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico Blanco
 Prefiero no decir Otra raza

Seguro médico

¿Tiene seguro médico? Sí No

Si es así, por favor indique:

Nombre del proveedor de seguros	Nombre completo del asegurado principal
Relación con el asegurado principal	Número de póliza

Cuestionario médico para el paciente

1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2. ¿Ha sido diagnosticado con <i>mpox</i> (viruela del mono) recientemente? Si es así, ¿en qué fecha lo diagnosticaron? ____/____/____ mm dd aaaa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
3. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de una vacuna contra el <i>mpox</i> (viruela del mono) o una vacuna contra la viruela? Si es así, ¿qué producto? <input type="checkbox"/> JYNNEOS <input type="checkbox"/> ACAM2000 Fecha de vacunación ____/____/____ mm dd aaaa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica severa (por ejemplo, anafilaxia) a una dosis de JYNNEOS previamente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica severa (por ejemplo, anafilaxia) a algún medicamento, vacuna o alimento? Si es así, ¿qué medicamento, vacuna o alimento le causó esa reacción? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6. ¿Tiene un historial de cicatrices queloides?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
7. ¿Está embarazada o piensa que podría estar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8. ¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
9. ¿Está inmunodeprimido debido a alguna razón como infección por VIH, cáncer, o toma medicamentos inmunosupresores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

Información acerca de los riesgos y beneficios de la vacuna JYNNEOS

La vacuna JYNNEOS está autorizada como una serie de dos dosis que se aplican con 28 de diferencia. La Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó un régimen estándar de una dosis de 0.5 mL que se administra por vía subcutánea. Bajo la Autorización de Uso de Emergencia se puede usar un régimen alternativo de 0.1 mL para la administración intradérmica en adultos mayores de 18 años.

[Monkeypox Update: FDA Authorizes Emergency Use of JYNNEOS Vaccine to Increase Vaccine Supply | FDA \(en inglés\)](#)

- Hoja informativa sobre la vacuna JYNNEOS de FDA para receptores y cuidadores: <https://www.fda.gov/media/160943/download>
- Declaración de Información sobre la Vacuna JYNNEOS: https://www.immunize.org/vis/pdf/spanish_smallpox_monkeypox.pdf

Consentimiento del menor (se necesita para menores de 12 años)

Declaro que soy (debe marcar una opción):

- El padre/la madre del menor mencionado anteriormente.
- El tutor legal del menor mencionado anteriormente.
- Una persona autorizada para tomar decisiones de atención médica en nombre del menor mencionado anteriormente.
 - o Describa la relación legal aquí _____

Doy fe de lo siguiente

Deben marcarse todas las casillas para que se vacune al menor de 12 años:

- He leído y comprendido la Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en inglés) de la vacuna JYNNEOS, la hoja informativa y la declaración de información sobre esta vacuna y entiendo los riesgos y beneficios.
- DOY MI CONSENTIMIENTO para que el paciente menor mencionado anteriormente reciba la vacuna JYNNEOS [si NO da su consentimiento, no complete este formulario]
- Entiendo que, al dar mi consentimiento voluntario, el paciente menor mencionado anteriormente puede recibir la vacuna JYNNEOS con o sin la presencia física del padre, madre o tutor en la cita de vacunación.
- Doy mi consentimiento y autorizo todo tratamiento que sea médicamente necesario en el caso excepcional de que el paciente menor de edad tenga una reacción a la vacuna, incluyendo enrojecimiento, hinchazón, fatiga, escalofríos, fiebre u otras reacciones.

Información de los padres/tutores

Por favor escriba su nombre completo

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono celular

Dirección (Nombre y número de calle, ciudad, estado, código postal)

CONSENTIMIENTO

- Entiendo que todas las vacunas se reportarán al Registro de Inmunización de California (CAIR2, por sus siglas en inglés). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del paciente se compartirá con el departamento de salud local y con el Departamento de Salud Pública de California, que se tratará como información médica confidencial y se utilizará sólo según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se siga compartiendo y puedo solicitar que se bloquee el registro en CAIR2 visitando el formulario web de solicitud para bloquear mi registro CAIR: <https://caiforms.cairweb.org/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=Sp>
- He leído, o se me ha explicado, la Declaración de Información de Vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) acerca de la vacunación con JYNNEOS. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales se han respondido a mi satisfacción y entiendo los riesgos y beneficios de la vacunación como han sido descritos. Entiendo que la vacuna JYNNEOS es una serie de dos (2) dosis, que se deben administrar de 28 a 35 días aparte y que ambas dosis son necesarias para obtener la mejor eficacia de vacunación. Solicito que la vacuna JYNNEOS me sea administrada (o sea administrada a la persona mencionada anteriormente, para la cual tengo autorización de hacer esta solicitud).

Firma del padre, la madre o un tutor

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

Para uso exclusivo del personal / For staff use only

Nombre / Name

Firma / Signature

Fecha / Date

Hora / Time

Clínica / Clinic

Producto / Product (MPX)

**Núm. de dosis /
Dose no.**

**Dosis / Dose
(ML)**

Nombre del recurso / Asset name

**Sitio de inyección /
Injection site:**

RA LA

Nombre del recurso / Asset name:

ID

SQ