



Formulario de selección y consentimiento para vacunación con JYNNEOS*

Nombre del receptor (en letra de molde)		Nombre preferido	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código
Dirección de correo electrónico			
Padre/Madre/Tutor/Suplente (si corresponde, en letra de molde)		Teléfono	Idioma preferido
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 <input type="text"/> 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 Indique el sexo abajo: <input type="text"/>	Clave: M – Masculino F – Femenino I – Intersexual NR – Decidió no responder	Estado civil Indique su estado civil abajo: <input type="text"/>	Clave: S – Soltero D – Divorciado M – Casado W – Viudo V – Unión civil U – Desconocido SEPARATED – Legalmente separado PARTNER – Pareja estable
Grupo étnico Indique el grupo étnico abajo: <input type="text"/>	Clave: DECL – Se negó a responder HIS – Origen hispano NHL – Origen no hispano UNK – Desconocido	Raza Indique su raza abajo: <input type="text"/>	Clave: AIA – Indígena americano o de Alaska ASN – Asiático 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	Relación del suscriptor con el paciente
Dirección del seguro primario	N.º de grupo del seguro primario	N.º de teléfono del seguro primario	
Nombre del seguro secundario	N.º de ID del seguro secundario	Nombre y fecha de nacimiento del suscriptor	Relación del suscriptor con el paciente
Dirección del seguro secundario	N.º de grupo del seguro secundario	N.º de teléfono del seguro secundario	
Clinica o consultorio en donde se aplica la vacuna	Dirección y número de teléfono del médico de atención primaria		

Cuestionario de selección

1.	¿Le han diagnosticado el virus de la viruela del mono (MPXV) a partir del 17 de mayo de 2022?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
2.	¿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
3.	¿Tiene algún síntoma hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
4.	¿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
5.	¿Se ha aplicado una dosis de vacuna JYNNEOS en las últimas 4 semanas? Si contestó que sí, ¿cuándo? Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
6.	¿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
7.	¿Actualmente está embarazada, planeando embarazarse o amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
8.	¿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
9.	¿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
10.	¿Ha leído y estudiado la declaración informativa de la vacuna (VIS) o la autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna JYNNEOS? 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
11.	La vacuna JYNNEOS está disponible para ayudar a proteger contra la infección por MPXV y se recomienda para quienes están en riesgo de infectarse.** ¿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

12	Si tiene 19 años de edad o más: ¿Consiente a entregar su registro de inmunización al NYSIIS, donde estará disponible para su proveedor de servicios de salud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
----	--	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

**Para obtener más información sobre el brote actual y sobre cómo se propaga el MPXV en el Estado de Nueva York, visite la página de internet de información sobre la vacuna contra la viruela del mono del NYSDOH: <https://health.ny.gov/diseases/communicable/zoonoses/monkeypox/>.

Consentimiento

He leído, o me han explicado, la declaración informativa de vacuna (VIS) referente a la vacuna JYNNEOS o la hoja informativa sobre la autorización de uso de emergencia. 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:

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					

* El uso de este formulario es opcional.

28 de octubre de 2022