



5 de abril de 2021

Directores de las divisiones de Gerencia Escolar, Estándares Académicos, Servicios al Estudiante y la Comunidad, y Métricas de Ejecución "Accountability", Directora del Centro de Servicios de Educación Especial, gerentes escolares, facilitadores docentes de Educación Especial, directores de escuela y padres, madres o encargados de estudiantes participantes del Programa de Educación Especial

  
Yanira I. Raíces Vega, Ed. D.  
Superintendente Regional

### PROCESO DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 PARA ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA ORE DE BAYAMÓN

El Departamento Salud de Puerto Rico (DSPR) autorizó al Departamento de Educación la vacunación para todos los estudiantes de **16 años o más** participantes del Programa de Educación Especial. La vacunación para los estudiantes de las escuelas adscritas a la Oficina Regional Educativa (ORE) de Bayamón será el jueves, **8 de abril de 2021**. El centro de vacunación será en el **Estadio Juan Ramón Loubriel de Bayamón**. Los directores de escuela deberán validar la participación de los estudiantes con los padres, madres o encargados. Luego validarán la participación a través del siguiente enlace que se les envió previamente por correo electrónico.

- <https://apps.powerapps.com/play/4d44f5b9-01ab-4567-80f3-8f033577bc72?tenantId=4cb67550-932f-4e31-92c9-41c3c69d0131>
  - A través del enlace está la lista de los estudiantes participantes del Programa de Educación Especial (PEE). De no estar algún estudiante de su escuela en la lista provista, deberá validar con la Sra. Ana M. Torres Cargagena y/o sus facilitadores de EE que el estudiante sea participante del PEE, **previo a preparar la Certificación** que establece que el estudiante es participante y **previo a acceder el enlace para validar la participación**. Puede comunicarse con la señora Torres a través de la dirección de correo electrónico [torrescam@de.pr.gov](mailto:torrescam@de.pr.gov) o de los números de teléfono 787-239-3777 o 787-780-6444, Ext. 2060.

Una vez el director de escuela valide la participación de los estudiantes, a través del enlace, se les indicará la hora puntual en que se presentarán en centro de vacunación los estudiantes participantes con sus padres. **Los directores de escuela deberán validar la participación en o antes de las 4:00 p.m. de mañana martes, 6 de abril.**

Los padres que validen la participación **deberán estar pendientes a los comunicados que emita la ORE y las instrucciones que le ofrezca su director escolar.** Sin embargo, previo a la vacunación, es importante que los padres verifiquen el *Cuestionario Prevacunación para Vacunas contra el COVID-19* por medio del enlace del DSPR <https://tinyurl.com/kx7sa72d> y la *Hoja Informativa para Receptores y Proveedores de Cuidado* <https://tinyurl.com/4vcx6y25> para validar que el estudiante está apto para vacunarse.

El día de la vacunación los padres, que validaron la asistencia con el director escolar, **deberán llevar los siguientes documentos requeridos** al centro de vacunación:

1. ***Hoja de Consentimiento de Administración de la Vacuna*** - Ver formulario adjunto el cual tiene dos páginas que deberán imprimirse en una sola hoja. Se incluye además, un ejemplo de las instrucciones de como completar la hoja. Debe completarse previo al día de la vacunación.
2. ***Cuestionario Pre-Vacunación para Vacunas Contra el COVID-19*** – debe ser completado el día de la vacunación.
3. ***Certificación*** que establece que el estudiante es participante del Programa de Educación Especial – la certificación la recibirá en el correo electrónico (E-mail) que hizo la matrícula en línea (ver ejemplo adjunto). De no poder accederla o imprimirla, el director de escuela puede completar la certificación que se adjunta y entregársela previo al día de vacunación.
4. ***Identificación con foto del estudiante o del padre***
5. Copia de la tarjeta de plan médico del estudiante (no es requisito)

Les recomendamos utilizar **calzado cómodo y ropa holgada** para que pueda administrarse la vacuna en el brazo. De igual forma, debe llevar **agua, medicamentos necesarios y mascarilla**, entre otros.

Espero el apoyo y colaboración de todos durante este proceso.

Anejos





GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
Secretaría Asociada de Educación Especial

**NOTA: ESTO ES UN EJEMPLO la certificación correcta le llegará por correo electrónico**



24 de marzo de 2021

### CERTIFICACIÓN

A quien pueda interesar:

Por este medio, certificamos que: **JUAN DEL PUEBLO** con número de (SIE: **12345678** / Registro: **12345678**, tiene 16 años o más y es participante del Programa de Educación Especial del Departamento de Educación de Puerto Rico.

Agradeceremos la ayuda que puedan brindar al respecto.

Cordialmente,

Lcdo. Eliezer Ramos Parés  
Secretario Asociado de Educación Especial

P.O. Box 190759, San Juan, Puerto Rico 00919-0759 •Tel: (787) 773-5800 / 6178

**DE** DEPARTAMENTO DE  
**EDUCACIÓN**  
GOBIERNO DE PUERTO RICO

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental, ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
Oficina Regional Educativa de Bayamón

# CERTIFICACIÓN

## PROCESO DE VACUNACIÓN – COVID-19

### Año Escolar 2020–2021

CERTIFICO que, actualmente, el estudiante tiene 16 años o más y es participante del Programa de Educación Especial del Departamento de Educación de Puerto Rico.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Número de SIE \_\_\_\_\_

Número de Registro \_\_\_\_\_

Centro de Vacunación **Estadio Juan Ramón Loubriel de Bayamón**

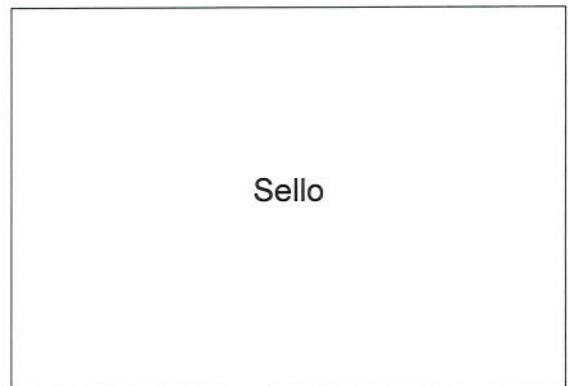
Día **8 de abril de 2021**

Hora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Director Escolar

\_\_\_\_\_  
Fecha



Sello

# Ejemplo para completar el formulario



DEPARTAMENTO DE SALUD  
SECRETARIA AUXILIAR SALUD FAMILIAR, SERVICIOS INTEGRADOS Y PROMOCION DE LA SALUD  
PROGRAMA DE VACUNACION  
**CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS**

Núm. de PIN (Proveedor):

Nombre de Facilidad: \_\_\_\_\_

Información Demográfica  
Completar la información  
marcada en amarillo

*Instrucciones: escriba en letra de molde y complete en todas sus partes*

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Personal Information)		
Nombre: _____	2do. Nombre: _____	
Apellido paterno: _____	Apellido materno: _____	
País de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años	
Sigilo Social: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OJO: mes / día / año	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra raza	Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Persona responsable del paciente incluyendo menores de 21 años		
Nombre: _____		
Apellidos: _____		
Relación: _____		
Tel: _____		
Primer nombre de madre: _____		
Dirección: Urb. o Barrio _____		
Calle: _____ Número: _____		
Pueblo: _____ Código Postal: _____		
Teléfono: ( ) _____ - _____		
Correo Electrónico: _____		
ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE (Funding Programs / Eligibilities)		
<input type="checkbox"/> Paciente sin Plan <input type="checkbox"/> Paciente Medicaid (Reforma) <input type="checkbox"/> Paciente con Plan Privado (nombre aseguradora) _____		
<input type="checkbox"/> Paciente Plan No cubre Vacuna		
CLASIFICACION DEL PACIENTE (Patient Classification by Risk Groups)		
Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comments" del PRIR la(s) seleccionada(s)		
<input type="checkbox"/> Embarazada (Pregnant Woman)		
<input type="checkbox"/> Personas que viven o cuidan a niños < 6 meses (People who live with or care for children < 6 months)		
<input type="checkbox"/> Empleado de la Salud (Healthcare Workers) (Trabaja con pacientes)		
<input type="checkbox"/> Personal de Servicios de Emergencias (Health Care and Emergency Services Personnel): ____ Policía Estatal (State Policemen) ____ Policía Municipal (Municipality Policemen) ____ Bomberos (Firemen) ____ OMMME/AEMEAD		
<input type="checkbox"/> Empleado Centro Geriátrico (Elderly Home Participants)		
<input type="checkbox"/> Participante Medicare parte B (Medicare part B participants)		
<input type="checkbox"/> Reacción alérgica severa (anafilaxia) a cualquier vacuna o terapia inyectable.		
ENFERMEDADES CRÓNICAS (Chronic Diseases)		
Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comment" del PRIR la(s) seleccionada(s)		
<input type="checkbox"/> 001- Respiratoria Crónica (E: COPD, Asma)	<input type="checkbox"/> 002- Metabólica (E: Diabetes)	<input type="checkbox"/> 003- Cardiovasculares (E: Fallo Cardíaco, Infarto)
<input type="checkbox"/> 004- Inmunosuprimido (E: Cáncer, HIV)	<input type="checkbox"/> 005- Hepática (E: Cirrosis, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> 006- Hematológica (E: Lupus, Hemofilia, Anemia)
<input type="checkbox"/> 007- Neurológicas (E: Epilepsia, Parkinson)	<input type="checkbox"/> 008- Neuromuscular (E: Distrofia, Daño a cordón espinal o condición que afecte el manejo de secreciones)	<input type="checkbox"/> 009- Enf. Renal Crónica (E: Paciente Diálisis)

El número de SS completo

De ser puertorriqueño, marcar: Otra raza

Nombre del contacto de la persona en caso de emergencia – aplica a todas las personas que se vacunarán, no es solamente para menores de 21 años  
Completar la información marcada en amarillo

Elegibilidad del Paciente  
Seleccionar una de las opciones

Clasificación del Paciente  
**NO completar**

Enfermedades Crónicas  
Seleccionar una de las opciones

\*La segunda página NO debe completarse antes de administrarse la vacuna.



DEPARTAMENTO DE SALUD  
SECRETARIA AUXILIAR SALUD FAMILIAR, SERVICIOS INTEGRADOS Y PROMOCION DE LA SALUD  
PROGRAMA DE VACUNACION  
CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACION DE VACUNAS

Núm. de PIN (Proveedor):

Nombre de Facilidad: \_\_\_\_\_

*Instrucciones: escriba en letra de molde y complete en todas sus partes*

INFORMACION DEMOGRAFICA (Personal Information)		
Nombre: _____		2do. Nombre: _____
Apellido paterno: _____		Apellido materno: _____
País de nacimiento: _____		
Seguro Social: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ meses/años mes día año	
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra raza		<b>Origen Étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
<b>Dirección: Urb. o Barrio</b> _____ Calle: _____ Número: _____ Pueblo: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (    ) _____ - _____ Correo Electrónico: _____		<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <b>Persona responsable del paciente incluyendo menores de 21 años</b> Nombre: _____ Apellidos: _____ Relación: _____ Tel: (    )-_____-_____ Primer nombre de madre: _____
ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE (Funding Programs / Eligibilities)		
<input type="checkbox"/> Paciente sin Plan <input type="checkbox"/> Paciente Medicaid (Reforma) <input type="checkbox"/> Paciente con Plan Privado (nombre aseguradora) _____ <input type="checkbox"/> Paciente Plan No cubre Vacuna		
CLASIFICACION DEL PACIENTE (Patient Classification by Risk Groups)		
<i>Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comments" del PRIR la(s) seleccionada(s)</i> <input type="checkbox"/> Embarazada (Pregnant Woman) <input type="checkbox"/> Personas que viven o cuidan a niños < 6 meses (People who live with or care for children < 6 months) <input type="checkbox"/> Empleado de la Salud (Healthcare Workers) (Trabaja con pacientes) <input type="checkbox"/> Personal de Servicios de Emergencias (Health Care and Emergency Services Personnel): _____ Policía Estatal (State Policemen) _____ Policía Municipal (Municipality Policemen) _____ Bomberos (Firemen) _____ OMMME/AEMEAD <input type="checkbox"/> Empleado Centro Geriátrico (Elderly Home Participants) <input type="checkbox"/> Participante Medicare parte B (Medicare part B participants) <input type="checkbox"/> Reacción alérgica severa (anafilaxia) a cualquier vacuna o terapia inyectable.		
ENFERMEADES CRÓNICAS (Chronic Diseases)		
<i>Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comment" del PRIR la(s) seleccionada(s)</i> <input type="checkbox"/> 001- Respiratoria Crónica (Ej. COPD, Asma) <input type="checkbox"/> 002- Metabólica (Ej. Diabetes) <input type="checkbox"/> 003- Cardiovasculares (Ej. Fallo Cardíaco, Infarto) <input type="checkbox"/> 004- Inmunosuprimido (Ej. Cáncer, HIV) <input type="checkbox"/> 005- Hepática (Ej. Cirrosis, Hepatitis) <input type="checkbox"/> 006- Hematológica (Ej. Lupus, Hemofilia, Anemia) <input type="checkbox"/> 007- Neurológicas (Ej. Epilepsia, Parkinson) <input type="checkbox"/> 008- Neuromuscular (Ej. Distrofia; Daño a cordón espinal o condición que afecta el manejo de secreciones) <input type="checkbox"/> 009- Enf. Renal Crónica (Ej. Paciente Diálisis)		



## VACUNAS

<b>INFLUENZA</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ERA</sup> DOSIS <input type="checkbox"/> 2 <sup>DA</sup> DOSIS Núm. De Lote: _____ Nombre Comercial De la Vacuna: _____ Fecha Administración: ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Fecha Expiración : ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Hora Administración : _____ <b>Lugar de Administración de la Vacuna:</b> <input type="checkbox"/> BD (Brazo Derecho) <input type="checkbox"/> BI (Brazo Izquierdo) Right Deltoid   Left Deltoid <input type="checkbox"/> MD (Muslo Derecho) <input type="checkbox"/> MI (Muslo Izquierdo) Right Vastus Lateral   Left Vastus Lateral	<b>COVID-19</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ERA</sup> DOSIS <input type="checkbox"/> 2 <sup>DA</sup> DOSIS Núm. De Lote: _____ Nombre Comercial De la Vacuna: _____ Fecha Administración: ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Fecha Expiración : ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Hora Administración : _____ <b>Lugar de Administración de la Vacuna:</b> <input type="checkbox"/> BD (Brazo Derecho) <input type="checkbox"/> BI (Brazo Izquierdo) Right Deltoid   Left Deltoid <input type="checkbox"/> MD (Muslo Derecho) <input type="checkbox"/> MI (Muslo Izquierdo) Right Vastus Lateral   Left Vastus Lateral	<b>NEUMOCOCO (PCV23)</b> Núm. De Lote: _____ Nombre Comercial De la Vacuna: _____ Fecha Administración: ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Fecha Expiración : ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Hora Administración : _____ <b>Lugar de Administración de la Vacuna:</b> <input type="checkbox"/> BD (Brazo Derecho) <input type="checkbox"/> BI (Brazo Izquierdo) Right Deltoid   Left Deltoid <input type="checkbox"/> MD (Muslo Derecho) <input type="checkbox"/> MI (Muslo Izquierdo) Right Vastus Lateral   Left Vastus Lateral
--	---	---

<b>HEPATITIS A</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ERA</sup> DOSIS <input type="checkbox"/> 2 <sup>DA</sup> DOSIS Núm. De Lote: _____ Nombre Comercial De la Vacuna: _____ Fecha Administración: ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Fecha Expiración : ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Hora Administración : _____ <b>Lugar de Administración de la Vacuna:</b> <input type="checkbox"/> BD (Brazo Derecho) <input type="checkbox"/> BI (Brazo Izquierdo) Right Deltoid   Left Deltoid <input type="checkbox"/> MD (Muslo Derecho) <input type="checkbox"/> MI (Muslo Izquierdo) Right Vastus Lateral   Left Vastus Lateral	<b>HEPATITIS B</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ERA</sup> DOSIS <input type="checkbox"/> 2 <sup>DA</sup> DOSIS <input type="checkbox"/> 3 <sup>RA</sup> DOSIS Núm. De Lote: _____ Nombre Comercial De la Vacuna: _____ Fecha Administración: ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Fecha Expiración : ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Hora Administración : _____ <b>Lugar de Administración de la Vacuna:</b> <input type="checkbox"/> BD (Brazo Derecho) <input type="checkbox"/> BI (Brazo Izquierdo) Right Deltoid   Left Deltoid <input type="checkbox"/> MD (Muslo Derecho) <input type="checkbox"/> MI (Muslo Izquierdo) Right Vastus Lateral   Left Vastus Lateral	<b>Td/Tdap</b> Núm. De Lote: _____ Nombre Comercial De la Vacuna: _____ Fecha Administración: ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Fecha Expiración : ____/____/____ <small style="margin-left: 20px;">Mes    día    año</small> Hora Administración : _____ <b>Lugar de Administración de la Vacuna:</b> <input type="checkbox"/> BD (Brazo Derecho) <input type="checkbox"/> BI (Brazo Izquierdo) Right Deltoid   Left Deltoid <input type="checkbox"/> MD (Muslo Derecho) <input type="checkbox"/> MI (Muslo Izquierdo) Right Vastus Lateral   Left Vastus Lateral
--	--	---

### Consentimiento

**X** Al firmar certifico que he sido orientado(a) sobre la Ley HIPAA, he recibido copia de la hoja de Información de la vacuna (VIS), he leído la información de la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy satisfecho(a) con las respuestas a mis preguntas, he entendido los beneficios y riesgos de la vacuna. Autorizo la administración de la vacuna.

<input type="checkbox"/> <b>Acepto</b>	<input type="checkbox"/> <b>Rechúso a vacunarme</b>	
_____ Firma del paciente o Encargado	_____ Fecha	_____ Nombre en letra de Molde de MD / RN – Administra Vacuna  _____ Firma de MD / RN – Administra Vacuna  _____ Fecha  _____ Número de Licencia Profesional

Rev.12/2020

**Nombre** (Persona entrada de datos): \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

# Cuestionario Pre-Vacunación Para Vacunas contra el COVID-19



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería vacunarse contra el COVID-19 hoy. Si su respuesta es "Sí" a alguna pregunta, esto no significa que usted no se debe vacunar, simplemente quiere decir que le haremos preguntas adicionales o le daremos información adicional.

Si alguna pregunta no está clara, por favor solicite que le expliquen.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se está sintiendo enfermo el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez se ha vacunado contra el COVID-19? Si la respuesta es "Sí" seleccione cuál vacuna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La reacción alérgica fue después de recibir una vacuna contra COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La reacción alérgica fue al polietilenglicol (PEG) o un polisorbato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La reacción alérgica fue después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En los últimos 14 días, ¿Ha recibido otra vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha tenido un resultado positivo en una prueba para COVID-19 o un doctor le ha diagnosticado con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene un sistema inmune debilitado por condiciones como HIV o cáncer, o toma medicamentos o recibe terapias que suprimen el sistema inmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene algún trastorno de la coagulación o está tomando algún anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Está embarazada o lactando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario revisado por \_\_\_\_\_ Fecha Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_