

Lista de verificación de vacunación para COVID-19 VACUNAS

Para los pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar si hay una razón por no administrarle el COVID-19 vacuna hoy. Si responde "Si" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención medica que se la explique.

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____
 Género: _____ Origen étnico: _____
 Dirección _____

 Correo electrónico: _____
 Numero de teléfono _____
 Ocupación: _____
 Primer Nombre de su Madre: _____

CAIR# : _____

Sí No No Sé

	Sí	No	No Sé
1. ¿Esta enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> En caso afirmativo, ¿qué vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro Producto _____			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o por la que tuvo que ir al hospital?			
<ul style="list-style-type: none"> ¿La reacción alérgica grave fue después de recibir una vacuna COVID-19? ¿ La reacción alérgica grave fue después de recibir otra vacuna o otro medicamento inyectable? 			
4. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?			
5. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?			
6. ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le ha dicho alguna vez que tenía COVID-19?			
7. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como la infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?			
8. ¿Tiene un desorden hemorrágico o está tomando un anticoagulante?			
9. ¿Esta embarazada o amamantando?			
10. Tiene rellenos dérmicos?			

Administered Date:	Vaccine Administration Site: <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD
Lot Number:	Vaccine route of Administration: IM
Manufacturer:	Administered by:

Firma de Paciente _____ Fecha: _____ Form Reviewed By: _____

System Entered In: _____ Initial: _____ Date: _____ FIRST DOSE SECOND DOSE