

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy. **Si responde "Sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no se debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle más preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídala a su proveedor de atención médica que se la explique.

CAIR#: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Género: _____ Origen étnico: _____

Dirección _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono _____

Ocupación: _____

Primer Nombre de su Madre: _____

	Sí	No	No Sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (<i>Johnson & Johnson</i>) <input type="checkbox"/> Otra _____ 			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a lo siguiente?			
(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia. <input type="checkbox"/> Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna o a un medicamento inyectable?			

5. Marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente.	<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.
<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (blood thinner).	<input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico (dermal fillers)
<input type="checkbox"/> Uso medicamentos o terapias inmunodepresores.	<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.	
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años.	
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparin (HIT).	
<input type="checkbox"/> Tengo el sistema inmunitario debilitado (ejemplo, infección por el VIH, cáncer).	
<input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.	
<input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.	
<input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.	

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

Patient Signature: _____ Date: _____ Form Reviewed By: _____

(or Parent)

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