

Nombre: _____ Correo electrónico: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Número de teléfono: _____
 Género: _____ Origen étnico: _____ Primer Nombre de su Madre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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.

	Sí	No	No Se
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha salido positivo en una prueba de Covid-19 en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Si ha salido positivo, ¿cuál es la fecha aproximadamente? _____			
3. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (<i>Johnson & Johnson</i>) <input type="checkbox"/> Otra _____			
• ¿Cuántas dosis de alguna vacuna contra el COVID-19 se ha puesto? _____			
• ¿Qué fecha le pusieron la última vacuna? _____ (MM/DD/AA)			
4. ¿Tiene usted una condición médica o está recibiendo un tratamiento que lo haga moderada o gravemente inmunodeprimido? <i>(Esto incluiría tratamiento contra el cáncer o el VIH, recepción de un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o tratamiento de altas dosis de corticosteroides, infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T), terapia con hematocrito [HCT], síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido usted una vacuna de COVID-19 antes o durante un trasplante de células madre hematopoyéticas (HCT, por sus siglas en inglés) o una infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a los componentes que se encuentran en la vacuna contra el COVID-19? <i>(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).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continúe con las preguntas en la página de atrás			

	Sí	No	No Se
7. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave después de una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19? <i>(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).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Marque todo lo que le corresponda: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19. <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT) <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de trombosis con trombocitopenia (TTS, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés) 			

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
 (18 años o mayor)

Se menor de edad

Escriba el nombre de padres o guardián: _____ Fecha: _____

Firma el nombre de padres o guardián: _____

Official Use Only:

Form Reviewed By: _____ FIRST DOSE SECOND DOSE BOOSTER # _____

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

County of Colusa DHHS: Public Health Division

CAIR #: _____ Initial: _____ Date: _____