

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 debería vacunarse. Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Apellido, Primer Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Hombre/Mujer: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Raza: _____ Etnicidad: **Hispano** **No Hispano**

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="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Otro producto _____ | <table border="1"> <tr> <td>Dose #2</td> <td>Admin by:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date:</td> <td>RD</td> <td>LD</td> </tr> <tr> <td>Lot #</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | Dose #2 | Admin by: | | Date: | RD | LD | Lot # | | |
| Dose #2 | Admin by: | | | | | | | | | | | |
| Date: | RD | LD | | | | | | | | | | |
| Lot # | | | | | | | | | | | | |
| 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y 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="radio"/> Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia. Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos. Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19. Una vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál provocó la reacción inmediata. | | | | | | | | | | | | |
| 4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias). | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca. | | | | | | | | | | | | |
| 6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? | | | | | | | | | | | | |
| 7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19? | | | | | | | | | | | | |
| 8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19? | | | | | | | | | | | | |
| 9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunodepresores? | | | | | | | | | | | | |
| 10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)? | | | | | | | | | | | | |
| 11. ¿Está embarazada o amamantando? | | | | | | | | | | | | |
| 12. ¿Tiene materiales de relleno dérmico (<i>dermal fillers</i>)? | | | | | | | | | | | | |

Reviewed/Administered by _____ Lot # _____ RD LD _____ Date: _____