

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.

Nombre del paciente _____

Edad _____

	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? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro producto _____ 			
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 la vacuna contra el COVID-19, como el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia 			
<ul style="list-style-type: none"> • Polisorbato 			
<ul style="list-style-type: none"> • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 			
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, al polisorbato, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, 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 usa medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			

Formulario revisado por _____

Fecha _____

Registro de la vacuna COVID-19

Primera Dosis Segunda dosis

<i>Información sobre la persona que va recibir la vacuna (Por favor escriba su información)</i>			
Apellido	Primer nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
Dirección		Edad	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono ()
Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> No hispano / latino		Raza (circule): Blanco Negro/Afro-Americano Asiático Indo Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái/isleño del Pacífico Desconocido Asiático otro	
<p>Consentimiento para la vacuna COVID-19:</p> <p>Solicito que se me administre la vacuna COVID-19 o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.</p>			
X _____ Firma de paciente o guardián legal		_____	_____
		Si un menor, nombre del padre/guardian	Fecha

Clinic use			
Type of vaccine	Lot #	Expiration	Injection Site
			LD RD
<p>X _____</p> <p align="center">Signature and Title of Vaccine Administrator Date of Vaccination</p>			

Notes: