

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



**Completar en letra de imprenta**

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 \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de contacto principal \_\_\_\_\_

Empleador/departamento/cargo \_\_\_\_\_

|   | Sí                       | No                       | No sabe                  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se siente enfermo hoy?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?<br>• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech<br><input type="checkbox"/> Moderna<br><input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)<br><input type="checkbox"/> Otra _____   |                          |                          |                          |
| 3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a vacuna o a un medicamento inyectable?<br><i>(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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Es usted una mujer de entre 18 y 49 años Y desea solicitar la vacuna COVID-19 Janssen (Johnson & Johnson)?  |                          |                          |                          |
| 5. ¿Es usted un hombre de entre 12 y 29 años Y desea solicitar la vacuna COVID-19 Pfizer-BioNTech o Moderna?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido COVID-19 y le han diagnosticado síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) en los últimos 90 días?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Formulario completado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Formulario revisado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

