

Cuestionario de verificación para recibir la vacuna de COVID-19

Quiénes recibirán la vacuna:

Nombre del Paciente: _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe alguna razón por la cual usted no debería ser vacunado contra COVID-19 hoy.

Edad: _____

Si usted responde afirmativamente a alguna pregunta, esto no significa necesariamente que no deba ser vacunado. Esto implica que se le harán mas preguntas. Si tiene alguna duda o no entiende alguna pregunta, por favor consulte a su proveedor de atención médica.

	Si	No	No Sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna dosis de la vacuna COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál marca comercial recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna Otra marca _____ 			
3. Ha tenido alguna reacción alérgica a: (Esto podría incluir una reacción alérgica severa [ej., anafilaxia] que requiera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que haya tenido atención hospitalaria. También incluiría una reacción alérgica dentro de las 4 horas siguientes que le causara erupción cutánea, hinchazón, dificultad para respirar o sibilancias.)			
<ul style="list-style-type: none"> Un compuesto de la vacuna COVID-19, incluyendo polietilenglicol (PEG), presente en algunos medicamentos, como laxantes y tratamientos para colonoscopia 			
<ul style="list-style-type: none"> Polisorbato 			
<ul style="list-style-type: none"> Una dosis previa a la vacuna COVID-19 			
4. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a otra vacuna (diferente a COVID-19) o medicamentos inyectados? (Esto podría incluir una severa reacción alérgica [ej., anafilaxia] que requiera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que haya tenido atención hospitalaria. También incluiría una reacción alérgica dentro de las 4 horas siguientes que le causara erupción cutánea, hinchazón, dificultad para respirar o sibilancias.)			
5. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica severa (ej., anafilaxia) a otro compuesto de la vacuna COVID-19, polisorbato, a alguna otra vacuna o a medicamentos inyectados? Esto incluye alimentos, mascotas, el ambiente o antialérgicos orales.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Alguna vez dio positivo en la prueba de detección de COVID-19 o un doctor le ha dicho que tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos (anticuerpo monoclonal o plasma convaleciente) como tratamiento para COVID-19?			
9. ¿Tiene un sistema inmunológico débil debido a una infección de HIV, cáncer, fármacos inmunosupresores o terapias?			
10. ¿Sufre de trastornos sanguíneos o toma anticoagulantes?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			

Fecha: _____