

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 _____

Edad _____

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	☐	☐	☐
Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ Otra _____			
¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no)	☐	☐	
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?			
<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>			
- Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: - 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	☐	☐	☐
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?			
<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>			
5. Marque todo lo que corresponda:			
☐ Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.			
☐ Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.			
☐ Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.			
☐ Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.			
☐ Tengo el sistema inmunitario debilitado (ejemplo, infección por el VIH, cáncer).			
☐ Uso medicamentos o terapias inmunodepresores.			
☐ Tengo un trastorno hemorrágico.			
☐ Tomo un anticoagulante (blood thinner).			
☐ Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparin (HIT).			
☐ Estoy embarazada o amamantando actualmente.			
☐ He recibido relleno dérmico (dermal fillers).			

Formulario revisado por _____

Fecha _____