

Cuestionario Pre-Vacunación Para Vacunas contra el COVID-19



Nombre del Paciente _____ Edad _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería vacunarse contra el COVID-19 hoy. Si su respuesta es "SI" a alguna pregunta, esto no significa que usted no se debe vacunar, simplemente quiere decir que le haremos preguntas adicionales o le daremos información adicional.

Si alguna pregunta no está clara, por favor solicite que le expliquen.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se está sintiendo enfermo el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez se ha vacunado contra el COVID-19? Si la respuesta es "Sí" seleccione cuál vacuna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La reacción alérgica fue después de recibir una vacuna contra COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La reacción alérgica fue al polietilenglicol (PEG) o un polisorbato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La reacción alérgica fue después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En los últimos 14 días, ¿Ha recibido otra vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha tenido un resultado positivo en una prueba para COVID-19 o un doctor le ha diagnosticado con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene un sistema inmune debilitado por condiciones como HIV o cáncer, o toma medicamentos o recibe terapias que suprimen el sistema inmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene algún trastorno de la coagulación o está tomando algún anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Está embarazada o lactando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario revisado por _____ Fecha Día _____ Mes _____ Año _____