

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



Para quienes reciban la vacuna: **Nombre del paciente** _____ **Edad** _____

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.**

Firma de madre, padre o tutor legal _____

Menor de 21 años de edad

Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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>			
<ul style="list-style-type: none"> • Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años.			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.			
<input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.			
<input type="checkbox"/> Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej. por infección por el VIH, cáncer) o recibo medicamentos o terapias inmunodepresoras.			
<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.			
<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (blood thinner).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT).			
<input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente.			
<input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico (dermal fillers).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)			

Completado por _____ **Revisado por** _____ **Fecha** _____