

# 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
<b>1. ¿Se siente enfermo hoy?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?</li> </ul>				
<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no)</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?</b>				
<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"> <li>• Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes:</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>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?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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>				
<b>5. Marque todo lo que corresponda:</b>				
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.				
<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 (ejemplo, infección por el VIH, cáncer).				
<input type="checkbox"/> Uso medicamentos o terapias inmunodepresores.				
<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.				
<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante ( <i>blood thinner</i> ).				
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparin (HIT).				
<input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente.				
<input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico ( <i>dermal fillers</i> ).				
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)				
<b>Formulario revisado por _____</b>		<b>Fecha _____</b>		

**Autorización para administrar la vacuna contra la COVID**  
 He leído o me han explicado y entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, que fueron respondidas satisfactoriamente. Por la presente libero a este proveedor, a sus empleados y a sus voluntarios de cualquier responsabilidad por los resultados que puedan producirse por la administración de esta vacuna.

Firma del paciente, padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_