



# Cuestionario para administrar la vacuna contra el COVID-19

(Se debe completar un cuestionario por cada persona que reciba la vacuna)

Cada paciente debe completar este formulario para ser vacunado. Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debamos vacunarte hoy contra el COVID-19. Responder "sí" a alguna pregunta no significa necesariamente que no puedas vacunarte. Solo significa que tenemos que hacerte más preguntas. Si no entiendes alguna pregunta, pide al personal de la clínica que te la explique.

Responde a las siguientes preguntas. Marca **SÍ** o **NO**:

1. ¿Te sientes mal hoy? Sí  NO
2. ¿Ya recibiste una dosis de la vacuna contra el COVID-19? En caso afirmativo, ¿de qué vacuna? Sí  NO 
  - Pfizer-BioNTech
  - Moderna
  - Janssen/Johnson and Johnson
3. ¿Has tenido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los siguientes? En caso afirmativo, ¿cuál? Sí  NO 

(Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica producida en un plazo de 4 horas después de la inyección y que causara urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).

  - Algún componente de la vacuna contra el COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como los laxantes y los preparados para procedimientos de colonoscopia
  - Polysorbate
  - Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19
4. ¿Has tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (distinta de la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? Sí  NO 

(Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requiera tratamiento con epinefrina o EpiPen® o ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica producida en un plazo de 4 horas después de la inyección y que causara urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).
5. ¿Has tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, el polisorbato o cualquier vacuna o medicamento inyectable? Sí  NO 

Esto incluiría alergias a alimentos, animales, el entorno o medicamentos orales.
6. ¿Te has vacunado en los últimos 14 días? Sí  NO
7. ¿Alguna vez diste positivo de COVID-19 o un médico te dijo que tenías COVID-19? Sí  NO
8. ¿Has recibido terapias pasivas de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para el COVID-19? Sí  NO
9. ¿Tienes el sistema inmunitario debilitado por enfermedades como el VIH o el cáncer, o estás tomando medicamentos inmunosupresores o recibiendo terapias inmunosupresoras? Sí  NO
10. ¿Padeces algún trastorno hemorrágico o estás tomando anticoagulantes? Sí  NO
11. ¿Estás embarazada o lactando? Sí  NO



## Información personal para vacunarse contra el COVID-19

(Se debe completar un formulario por cada persona que reciba la vacuna)

Cada paciente debe completar este formulario antes de vacunarse. La información debe corresponder a la persona que reciba la vacuna hoy. Si varias personas de una misma familia van a recibir la vacuna hoy, se deberá completar un formulario para cada miembro de la familia.

**Por favor, escribe con letras claras.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

**Sexo/género:**

Hombre

Mujer

Prefiero no contestar

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Raza:**

Indoamericano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Blanco

Asiático

Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico

Otra

**Identidad étnica:**

Hispano o latino

Otra

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**¿Cómo conociste esta clínica?**

Página web

Periódico

Otros

Redes sociales

Folleto

**Mi firma indica que: (por favor, firma en la clínica)**

- He leído o me han explicado la "Autorización de Uso de Emergencia de la vacuna contra el COVID-19 de Janssen, Moderna o Pfizer BioNTech" (Estados Unidos).
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas obtenidas.
- Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y solicito que se me administre a mí o a la persona a mi cargo.
- Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad.
- Respondí a las preguntas de la página siguiente lo mejor que pude.
- Entiendo que mi registro de vacunación se incorporará a la base de datos del Registro de Inmunización de California (CAIR).

Firma/Tutor

Fecha de hoy

Relación del tutor