

# 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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

	Si	No	No sé
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? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otro producto			
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 ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia</li> </ul>			
• Polisorbato.			
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19.			
• A previous dose of COVID-19 vaccine.			
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 ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o usa medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (blood thinner)?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			

Adapted with appreciation from the Immunization Action Coalition (IAC) and CDC screening checklists.

**\*Office Use Only\***

Date	Manufacturer	Lot Number	Expiration	Site	Route	Administrator