

# COVID-19 (SARS-COV-2) Cuestionario para vacuna 2021

Solo para uso de la clínica  
No escriba en este espacio

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección		Ciudad	Teléfono

**El cliente debe responder a las siguientes preguntas para recibir la vacuna contra el COVID-19 (SARS-COV-2).**

<p>¿Recibió alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si la respuesta es <b>sí</b>, ¿qué vacuna recibió?</p> <p><input type="checkbox"/> Pfizer    <input type="checkbox"/> Moderna    <input type="checkbox"/> Janssen/J&amp;J*</p> <p>• <b>Si recibió la vacuna contra el COVID-19 de Janssen/J&amp;J COVID-19, no necesita otra dosis. No continúe con el cuestionario.</b></p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>1. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave (p. ej. anafilaxia) a algo? Por ejemplo, una reacción para la cual fue tratado con epinefrina o EpiPen®, o que haya requerido que vaya al hospital.</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>2. ¿Tuvo alguna reacción alérgica inmediata (es decir, en las siguientes 4 horas) a: (Nota: si no está seguro de alguna de las respuestas de abajo, responda "No").</p> <p>a. una dosis previa de una vacuna contra el COVID-19?</p> <p>b. un componente de una vacuna contra el COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes o las preparaciones para procedimientos de colonoscopia?</p> <p>c. el polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, los comprimidos con cubierta pelicular y los esteroides intravenosos?</p> <p>d. otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o un medicamento inyectable para otra enfermedad?</p> <p>i. Si la respuesta es <b>sí</b>, ¿consultó a su médico sobre si es seguro recibir una vacuna contra el COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>a. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Sí</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>3. ¿Tiene actualmente alguna enfermedad aguda y/o fiebre alta, escalofríos, dolores corporales, tos, dolor de garganta, diarrea, vómitos, pérdida del sentido del gusto o del olfato, falta de aire, congestión o goteo nasal, ya sean síntomas nuevos o que estén empeorando?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>4. ¿Recibió una infusión intravenosa de dosis única (terapia de anticuerpos) como tratamiento para el COVID-19 <b>en los últimos 90 días</b>?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>5. ¿Tuvo un resultado positivo en una prueba de COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19 en los últimos 10 días?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>6. ¿Está actualmente inmunosuprimido o planea estarlo porque: tiene infección por el VIH, es receptor de trasplante de órganos o está siendo tratado con antagonistas del TNF alfa, esteroides u otros medicamentos inmunosupresores?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>7. ¿Tiene algún trastorno de coagulación de la sangre o está tomando un anticoagulante?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

8. <b>Solo para mujeres:</b> ¿Está embarazada en este momento o planea quedar embarazada en los próximos 2 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. <b>Solo para mujeres:</b> Actualmente, ¿está amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Hoy, usted recibirá la siguiente vacuna contra el COVID-19:**

Pfizer                       Moderna                       Janssen/J&J

Formulario revisado

Por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**EL RESTO DE LA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE**