

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



Para quienes reciban la vacuna (tanto niños como adultos): **Nombre** _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deba vacunarse contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no deba vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si alguna de las preguntas no es clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Qué edad tiene la persona que va a vacunarse? _____			
2. La persona que va a vacunarse, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que va a vacunarse, ¿ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? • Si la respuesta es "sí", ¿qué producto le administraron? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Janssen (<i>Johnson & Johnson</i>) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Novavax _____ • ¿Cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 le administraron? _____ • ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que va a vacunarse, ¿tiene alguna afección o está recibiendo algún tratamiento que haga que esté moderada o gravemente inmunodeprimida? <i>Esto incluye, entre otros, tratamiento para el cáncer, infección por el VIH, haber recibido un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o con dosis altas de corticosteroides, terapia CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas (HCT), o inmunodeficiencia primaria moderada o grave.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La persona que va a vacunarse, ¿recibió la vacuna contra el COVID-19 antes o durante las terapias de trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o CAR-T?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La persona que va a vacunarse, ¿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> • Un componente de la vacuna contra el COVID-19 • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La persona que va a vacunarse, ¿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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Marque todo lo que corresponda para la persona que va a vacunarse: <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de algún síndrome de origen inmunitario que se defina como trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina (HIT) <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (STT o, por sus siglas en inglés, TTS) <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS) <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> Se vacunó contra la viruela símica en las últimas 4 semanas			

Formulario revisado por _____ **Fecha** _____