



# Cuestionario para la Vacuna contra COVID-19

(Por favor Complete el formulario para cada persona que reciba una vacuna hoy)

**Cada paciente debe completar este formulario para ser vacunado.** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debemos administrarle la vacuna de COVID-19 hoy. Si responde “sí” a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pídale al personal de la clínica que se la explique.

## Por favor conteste las siguientes preguntas. Marque SÍ o NO:

1. ¿Se siente enfermo(a) hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19? Si respondió si, ¿Cuál producto de vacuna? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro Producto _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: (Incluyendo una reacción severa [como anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen®, ¿o que le haya causado ir al hospital? También incluye cualquier reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas que le haya causado ronchas, hinchazón, angustia respiratoria, incluyendo sibilancias.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Un componente de la vacuna de COVID-19, incluyendo poli etilenglicol (PEG) cual se encuentra dentro de algunos medicamentos, como los laxantes y preparaciones para procedimientos de una colonoscopia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Polisorbato	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Una dosis previa de la vacuna de COVID-19	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alergia a otra vacuna (que no sea otra vacuna de COVID-19) o a algún medicamento que se inyecta? (Incluyendo una reacción severa [como anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen®, ¿o que le haya causado ir al hospital? También incluye cualquier reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas que le haya causado ronchas, hinchazón, angustia respiratoria, incluyendo sibilancias.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica severa (como anafilaxia) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna de COVID-19, polisorbato, o cualquier vacuna o medicamento que se inyecta? Esto incluye alimentos, mascotas, el medio ambiente, o alergias a medicamentos orales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha tenido una prueba positiva del COVID-19 o su doctor le ha informado que ha tenido el COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para el COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Tiene un sistema inmunológico débil causado por infección del HIV o cáncer o toma medicina inmunosupresores o recibe terapias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Tiene un desorden de sangramiento o toma anticoagulantes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Está embarazada o esta amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Tienes rellenos dérmico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

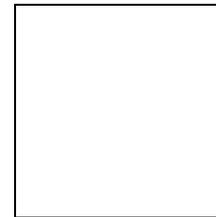
## FOR CLINIC STAFF ONLY

Vaccine Type: <input type="checkbox"/> Moderna Injectable <input type="checkbox"/> Pfizer Injectable <input type="checkbox"/> Janssen Injectable	Injection Site: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right	Place all Lot # Stickers HERE					
Vaccinator Last Name:							
Clinic Type: <input type="checkbox"/> Community <input type="checkbox"/> MPOD <input type="checkbox"/> Closed MPOD	Clinic Date:						
Station Throughput Timing:							
Greeting	<input type="text"/>	Screening	<input type="text"/>	Dispensing	<input type="text"/>	Exit	<input type="text"/>



# Información Personal para la Vacunación COVID-19

(Por favor complete el formulario para cada  
persona que reciba una vacuna hoy)



**Cada paciente debe tener un formulario completo para ser vacunado.** La información en este formulario debe ser completada por la persona que recibirá la vacuna hoy. Se debe usar un formulario separado para cada miembro de su familia SI varias personas recibirán la vacuna hoy.

**¡POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE!**

Primer nombre:	Apellido:	
Segundo nombre:	Sexo (Género): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Edad: ____ (encierre en un círculo la edad si es menor de 18 años)	
¿Te consideras hispano o latino(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		
Teléfono:	Correo electrónico:	
Domicilio:	Ciudad:	Código Postal:
Ocupación:		

¿Cómo se enteró de la clínica hoy?

Sitio Web  Periódico  Volante  Redes Sociales  Otro: \_\_\_\_\_

Mi firma abajo indica que (por favor firme en la clínica):

- He leído o me han explicado la “Autorización de uso de emergencia de la vacuna Moderna, Pfizer-BioNTech, o Janssen COVID-19” (EUA).
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción.
- Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna COVID-19 y solicito que me la administren a mí o a la persona por quien estoy autorizado para hacer la solicitud.
- Se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.
- He respondido las preguntas de la página siguiente lo mejor que he podido.
- Entiendo que mi registro de vacunación se mantendrá en la base de datos del Registro de Inmunizaciones de California (CAIR).

**X**

Firma/Tutor

Fecha

Relación  
con la/el Tutor

**FOR CLINIC STAFF USE ONLY**

Patient ID Number Sticker:

Priority Phase and Tier: