



Cuestionario de selección para la vacunación

(Por favor llene este formulario para cada persona recibiendo una vacuna)

Cada paciente debe completar este formulario para poder ser vacunado. Se debe llenar este formulario con la información de la persona recibiendo una vacuna hoy. Se debe llenar un formulario separado para cada miembro de su familia **SI** es que más de una persona va a ser vacunada hoy. **¡FAVOR DE IMPRIMIR DE MANERA CLARA Y CONCISA!**

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deberíamos vacunarle a usted o a su hijo(a) con las vacunas **Influenza (Flu) / COVID-19**. Si contesta “sí” a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo(a)) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. **Si una pregunta no está clara, por favor pregunte a una persona de la clínica para que se le explique.**

Por favor, conteste las siguientes preguntas. Seleccione SÍ o NO:

La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido la vacuna contra la viruela del mono en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cuál vacuna le pusieron?	<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech	<input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)
¿Trajo su tarjeta de vacunación o otra documentación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
CAIR ID:	<input type="checkbox"/> Vacunado fuera del estado	<input type="checkbox"/> Vacunado fuera de E.E.U.U
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?		
Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como:		
Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Polisorbato, el cual es encontrado en algunas vacunas, comprimidos recubiertos con película y esteroides intravenosos		
Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<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>		
Marque todo lo que se aplica a usted:	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Tuve COVID-19
<input type="checkbox"/> Tengo historia de miocarditis o pericarditis	<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno de la coagulación	<input type="checkbox"/> Tomo anticoagulantes
<input type="checkbox"/> Tengo una historia de trombocitopenia inducida por heparina	<input type="checkbox"/> Tengo historia de Síndrome de Guillain-Barré (SGB)	<input type="checkbox"/> Estoy actualmente embarazada o lactando
<input type="checkbox"/> Tengo una deficiencia del sistema inmune (p.ej., infección VIH, cáncer) o tomo drogas inmunosupresoras	<input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y fue tratada con anticuerpos monoclonales o con plasma de paciente convaleciente	<input type="checkbox"/> He recibido rellenos dérmicos
<input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica severa a algo que no es vacuna o terapia inyectada como comida (huevos), animales, veneno, medio ambiente o medicamento	<input type="checkbox"/> Diagnosticado(a) con Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-C or MIS-A) después de una infección con COVID-19	Peso del niño(a) Temperatura

Primer nombre:	Apellido:		
Sexo (Género):	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
Su raza (s):	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro
	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra:
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):	Dirección:		
Edad:	Ciudad:	Código Postal:	
Teléfono:	Correo Electrónico:		
¿Si usted no pudiera recibir sus vacunas con nosotros, en donde ira para obtenerlas?			

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

- Yo he leído o alguien me ha explicado la “Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en ingles) de la vacuna contra el COVID-19.” Y/o “Declaración de Información de la Vacuna Influenza (Flu) (VIS).”
- Yo tuve una oportunidad para hacer preguntas, las cuales fueron respondidos a mi satisfacción.
- Yo creo entender los beneficios y los riesgos de la vacuna (s) contra **Flu / COVID-19** y pido que se me la den a mi o a la persona para quien soy autorizado para hacer el pedido.
- Yo he sido proveído con una copia del Aviso de las Normas de Privacidad (Notice of Privacy Practices).
- Yo he respondido a las preguntas al mejor de mi habilidad.
- Yo entiendo que se mantendrá un registro de mi vacuna en el base de datos Registro de Inmunización de California (California Immunization Registry database).

X

Firma/Guardián	Fecha de Hoy	Relación al Guardián
----------------	--------------	----------------------

SOLAMENTE PARA USO DE PERSONAL DE LA CLINICA

Vaccine types (Check all):	Injection site (F for Flu, C for COVID):	Place Lot # Stickers here	Data entry stamp
<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> J&J	<input type="checkbox"/> Left arm <input type="checkbox"/> Right arm		
<input type="checkbox"/> Fluarix <input type="checkbox"/> Afluria	<input type="checkbox"/> Left leg <input type="checkbox"/> Right leg		
Vaccinator name:			Vaccination date: