

# COVID-19 (SARS-COV-2) Cuestionario para vacunación 2022

Solo para uso de la clínica  
No escriba en este espacio

Apellido		Primer nombre	
Dirección		Ciudad	Código postal
Teléfono	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo

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

<p>¿Recibió alguna vez alguna dosis de una vacuna de contra el COVID-19?</p> <p>Si la respuesta es <b>sí</b>, ¿qué vacuna recibió? (Marque todas las opciones que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Pfizer    <input type="checkbox"/> Moderna    <input type="checkbox"/> Janssen/J&amp;J*</p> <p>Si la respuesta es <b>Sí</b>, ¿cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 recibió?</p> <p><input type="checkbox"/> Una dosis    <input type="checkbox"/> Dos dosis    <input type="checkbox"/> Tres (o más) dosis*</p> <p>¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otro documento?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>1. ¿Tuvo alguna vez 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>	<p><input type="checkbox"/> Sí*</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>2. ¿Tuvo alguna reacción alérgica inmediata (es decir, en las siguientes 4 horas) a:</p> <p>(Nota: si no está seguro de alguna de las respuestas de abajo, responda "No").</p> <p>a. una dosis previa de una vacuna de ARNm contra el COVID-19?</p> <p>b. un componente de una vacuna de ARNm 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?</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 si es seguro que reciba una vacuna de ARNm contra el COVID-19?</p> <p><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 en este momento una 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 hayan empeorado?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí*</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. ¿Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí*</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>5. ¿Tiene antecedentes de algún síndrome mediado por el sistema inmunitario que se caracterice por la formación de coágulos y el recuento bajo de plaquetas (p.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí*</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>

ej. trombocitopenia inducida por heparina o HIT, por sus siglas en inglés)?		
6. ¿Está actualmente inmunosuprimido o planea estarlo porque: tiene una infección por el VIH, es receptor de trasplante de órganos o está siendo tratado con antagonistas del TNF alfa, esteroides u otros medicamentos inmunosupresores?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Recibió un trasplante de células hematopoyéticas (HCT, por sus siglas en inglés) o terapia de células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T) luego de recibir una vacuna contra el COVID-19?	<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> ¿Está amamantando actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Hoy recibirá la siguiente vacuna contra el COVID-19:

Pfizer     Moderna

EL RESTO DE ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Formulario  
revisado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**For Clinical Use Only. Do not write below this line.**

**Nurse/MA Instructions:**

**\*An answer of YES to the following questions require these actions/steps:**

**\*For individuals:**

- **50 years or older, OR**
- **12 years or older with moderate to severe immune compromise, OR**
- **18-49 years who received Janssen (J&J) COVID-19 vaccine for both primary and booster dose**

**If patient attests to completion of a first booster dose and is seeking their second booster dose of mRNA COVID-19 vaccine, ensure their first booster dose was completed at least 4 months ago before proceeding.**

1.	YES = Observe for 30 min
2a., 2b., 2c.	<b>YES = STOP</b> – this is a contraindication. Consult with Clinician.
2d.i.	YES = Observe for 30 min, <b>NO = STOP</b> and consult with Clinician.
3.	YES = Defer vaccination until symptoms have resolved
4.	YES = Proceed with vaccination. Patients who previously received Janssen (J&J) vaccine should now receive Pfizer or Moderna COVID-19 vaccine according to CDC guidance.
5.	YES = Proceed with vaccination. Patients who previously received Janssen (J&J) vaccine should now