

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



Para quienes reciben 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.

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>								
<b>1.</b> ¿Qué edad tiene la persona que va a vacunarse? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>2.</b> La persona que va a vacunarse, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>3.</b> La persona que va a vacunarse, ¿ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la respuesta es "sí", ¿qué producto le administraron?           <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Janssen (Johnson &amp; Johnson)</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Moderna</td> <td><input type="checkbox"/> Novavax</td> <td>_____</td> </tr> </table> </li>   <li>• ¿Cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 le administraron? _____</li>   <li>• ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación? _____</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech	<input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Novavax	_____		
<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech	<input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)	<input type="checkbox"/> Otro _____									
<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Novavax	_____									
<b>4.</b> 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"/>								
<b>5.</b> 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"/>								
<b>6.</b> 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., anafilaxia] 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un componente de la vacuna contra el COVID-19</li> <li>• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19</li> </ul>										
<b>7.</b> 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., anafilaxia] 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"/>								
<b>8.</b> Marque todo lo que corresponda para la persona que va a vacunarse:	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (STT o, por sus siglas en inglés, TTS)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)</td> <td><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de algún síndrome de origen inmunitario que se defina como trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina (HIT)</td> <td><input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Se vacunó contra la viruela símica en las últimas 4 semanas</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis	<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (STT o, por sus siglas en inglés, TTS)	<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)	<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)	<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 enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses		<input type="checkbox"/> Se vacunó contra la viruela símica en las últimas 4 semanas
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis	<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (STT o, por sus siglas en inglés, TTS)										
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)	<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)										
<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 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** \_\_\_\_\_