

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 |
|---|----|---|
| 1. ¿Qué edad tiene la persona que va a vacunarse? _____ | | |
| 2. La persona que va a vacunarse, ¿está enferma hoy? | | |
| 3. La persona que va a vacunarse, ¿ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? | | |
| 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 inmunosupresora o con dosis altas de corticosteroides, terapia CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas (HCT), o inmunodeficiencia primaria moderada o grave.</i> | | |
| 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? | | |
| 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 | | |
| 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> | | |
| 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 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 |

Sólo Para Uso en la Oficina

Left Right

Moderna Lot # _____ Pfizer Lot # _____

CAIR2

Exp. Date _____ Exp. Date _____