

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



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si alguna pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

	Sí	No	No sabe
<b>1. ¿Se siente enfermo hoy?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de una vacuna contra el COVID-19?</b> • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Otra (Johnson & Johnson) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cuántas dosis de alguna vacuna contra el COVID-19 se ha puesto? _____			
• ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. ¿Tiene usted una afección o está recibiendo un tratamiento que lo haga moderada o gravemente inmunodeprimido?</b> <i>(Esto incluiría tratamiento contra el cáncer o el VIH, recepción de un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o tratamiento de altas dosis de corticosteroides, infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T), trasplante de células hematopoyéticas [HCT], síndrome de DiGeorge o síndrome de Wiskott-Aldrich)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. ¿Ha recibido usted un trasplante de células hematopoyéticas (HCT, por sus siglas en inglés) o una infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T) desde que se vacunó contra el COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente:</b> <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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: o Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?</b> <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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Marque todo lo que corresponda:</b>			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 39 años.			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis			
<input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.			
<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.			
<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante ( <i>blood thinner</i> ).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)			

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Adaptado, con reconocimiento, de las listas de verificación de evaluación de la Coalición de Acción para la Vacunación (IAC)