

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



## Para quienes reciben la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe alguna razón por la cual usted no debería aplicarse la vacuna contra el COVID-19 el día de hoy.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Si su respuesta es “sí” en alguna de las preguntas, eso no necesariamente significaría que usted no debería vacunarse. Sólo quiere decir que se le podrían hacer preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Sí No No sé

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 1. ¿Se siente enfermo el día de hoy?   |  |  |  |
| 2. ¿Ha recibido usted alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le fue aplicada?                             <br/> <input type="checkbox"/> Pfizer    <input type="checkbox"/> Moderna    <input type="checkbox"/> Janssen (<i>Johnson &amp; Johnson</i>)    <input type="checkbox"/> Otro producto _____                         </li> </ul>   |  |  |  |
| 3. ¿Ha tenido usted alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?<br>(Esto incluye cualquier reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxis) que haya requerido tratamiento con epinefrina o <i>EpiPen</i> ®, o que haya hecho que usted tuviera que ir al hospital. También incluye cualquier reacción alérgica que haya ocurrido en un período de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).   |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Algún componente de las vacunas contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes:                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia.</li> <li><input type="radio"/> Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos.</li> </ul> </li> <li>Alguna dosis previa de la vacuna contra el COVID-19.</li> <li>Alguna vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, y que uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál provocó la reacción inmediata.</li> </ul> |  |  |  |
| 4. ¿Ha presentado alguna vez cualquier tipo de reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable?<br>(Esto incluye cualquier reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxis) que haya requerido tratamiento con epinefrina o <i>EpiPen</i> ®, o que haya hecho que usted tuviera que ir al hospital. También incluye cualquier reacción alérgica que haya ocurrido en un periodo de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).  |  |  |  |
| 5. ¿Ha presentado alguna vez cualquier reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a alguna vacuna o medicamento inyectable?<br>Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, ciertos ambientes o medicamentos orales.   |  |  |  |
| 6. ¿Ha recibido usted alguna vacuna dentro de los últimos 14 días?   |  |  |  |
| 7. ¿Ha dado positivo en alguna prueba de COVID-19 o algún médico le ha dicho que tuvo COVID-19?  |  |  |  |
| 8. ¿Ha recibido usted terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?   |  |  |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| ¿Tiene usted un sistema inmunológico debilitado a causa de algún motivo particular, como una infección por VIH o por cáncer, o está tomando medicamentos o terapias inmunosupresoras? |  |  |  |
| 10. ¿Tiene usted algún trastorno hemorrágico o está tomando algún anticoagulante?   |  |  |  |
| 11. ¿Está usted embarazada o en período de lactancia?   |  |  |  |
| 12. ¿Tiene usted rellenos dérmicos?   |  |  |  |

**Formulario revisado por** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

15/03/2021 CS321629-E

Adaptado con reconocimiento de las listas de verificación de la *Immunization Action Coalition* (IAC, Coalición de Acción para la Inmunización).