

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Fecha:
---------	----------------------	--------

COVID-19 2020-2021			
1)	Sí	No	¿Ha recibido y revisado la Hoja informativa para receptores y cuidadores? <i>*Responder "Sí" es obligatorio</i>
Aceptación de la vacuna contra el COVID-19			
2)	Sí	No	¿Tiene 18 años o más?
	Sí	No	¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente para el tratamiento del COVID en los últimos 90 días? <i>*Si la respuesta es "Sí", postergue la vacunación</i>
	Sí	No	¿Usted o un miembro de su grupo familiar ha tenido exposición de alto riesgo a un caso de COVID en los últimos 14 días? ¿O, le han diagnosticado COVID-19 en los últimos 10 días? <i>*Si la respuesta es "Sí", postergue la vacunación</i>
	Sí	No	¿Está inmunodeprimido/a? (Si la respuesta es "Sí", hable con la persona encargada de administrar la vacuna) <i>*Consulte sobre la información de seguridad y eficacia hasta ahora desconocida, el potencial de respuesta inmunitaria reducida y la necesidad continua de seguir las pautas de protección contra el COVID.</i>
	Sí	No	¿Le han diagnosticado (síndrome inflamatorio multisistémico) MIS-C (niño) o MIS-A (adulto) en los últimos 90 días? <i>* Si la respuesta es "Sí", la recomendación es retrasar la vacunación para optimizar la respuesta inmunitaria a la vacuna cuando se administra</i>
	Sí	No	¿Está embarazada o en periodo de lactancia? (no es una contraindicación) <i>*Si la respuesta es "Sí":</i> <input type="checkbox"/> ¿Ha recibido y revisado información específica relacionada con la vacuna y las mujeres embarazadas? <input type="checkbox"/> Deseo continuar con la vacunación.
	Sí	No	¿Ha desarrollado una reacción alérgica grave a alguna vacuna o tratamiento inyectable? <i>* Si la respuesta es "Sí", por favor hable con su vacunadora.</i>
	Sí	No	¿Tiene alergia al polietilenglicol (componente de la vacuna) o al polisorbato? <i>*Si la respuesta es "Sí", entonces NO proceda con la vacunación.</i>
Comentarios:			

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para recibir la vacuna COVID-19.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

¡DETÉNGASE... La siguiente sección es solo para uso del personal!

Vaccination Details:

Manufacturer:	Lot #:	Dosage:	Expiration Date:
Vaccination Site:	Route:	IM	Vacc. Date:
Administered by:	Name:	Title:	
EAU Fact Sheet publication	Date: 12/20		
EAU FAQ given	Date:		

Referencias:

<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/index.html><https://www.cvdvaccine.com/>

Y:\EHS Administrative\All EHS Form-Cklist-Qst-Consents.etc\COVID\COVID-Systemwide-COMMUNITY Vaccination Questionnaire 20-21 1.12.2021.doc