

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.

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?

• Si la respuesta es "sí", ¿qué producto le administraron?

- Pfizer-BioNTech Janssen (*Johnson & Johnson*) Otro
 Moderna Novavax

• ¿Cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 le administraron? _____

• ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?

4. La persona que va a vacunarse, ¿tiene alguna afección o está recibiendo algún tratamiento que haga que esté moderada o gravemente inmunodeprimida? *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.*

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? *(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).*

• 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? *(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).*

8. Marque todo lo que corresponda para la persona que va a vacunarse:

Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis

Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)

Tiene antecedentes de algún síndrome de origen inmunitario que se defina como trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina (HIT)

Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (STT o, por sus siglas en inglés, TTS)

Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)

Tiene antecedentes de enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses

Se vacunó contra la viruela símica en las últimas 4 semanas

Sí **No** **No sabe**

Formulario revisado por _____

Fecha _____