

Department del Salud Pública del Distrito South Heartland - Formulario de registro para las vacunas contra el COVID-19

Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Doctor		
				Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? 						
<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____						
<ul style="list-style-type: none"> • ¿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"/>	
3. ¿Tiene usted una afección o está recibiendo un tratamiento que lo haga moderada o gravemente inmunodeprimido? <small>(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), terapia con hematocrito [HCT], síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich)</small>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido usted un trasplante de células madre 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?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?: <small>(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).</small>						
<ul style="list-style-type: none"> • Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia ○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia ○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos 				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos 				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? <small>(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).</small>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Marque todo lo que corresponda:						
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 39 años.			<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis			<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (<i>blood thinner</i>).			
<input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.			<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)			
He leído y/o recibido una copia de la Hoja de datos de autorización de uso de emergencia para la vacuna del COVID-19 administrada hoy (marque),						
<input type="checkbox"/> Moderna (12+) 06.17.2022		<input type="checkbox"/> Moderna Bivalent (18+) 08.31.22		<input type="checkbox"/> Pfizer (12+) 05.17.2022		<input type="checkbox"/> Pfizer Bivalent (12+) 08.31.2022

Firma del beneficiario O padre/tutor legal del beneficiario menor de 19 años

Fecha

Firma del vacunador (Vaccinator's Signature)

Fecha

SITE: Deltoid Rt Lt

DOSAGE:

ROUTE: IM

PLACE STICKER HERE: Vaccine Lot Number and Expiration Date