

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

*Consentimiento y renuncia: Se me ha proporcionado acceso a la hoja informativa para, o me han explicado, la Declaración de autorización de uso de emergencia (EUA). Creo que comprendo todos los riesgos y beneficios. He tenido todas mis preguntas respondidas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento para que el personal administre la vacuna Pfizer-BioNTech. También permito que Skagit Pediatrics documente cualquier vacuna recibida en el registro de inmunización del estado de Washington. Acepto esperar en el área de espera durante 15 minutos después de recibir mi vacuna en caso de reacción adversa.



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 no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

	Sí	No	No sabe
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? • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____ • ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿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 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 o 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"/>
4. ¿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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años./Soy un masculino entre la edades 12 y 49 años de edad <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis <input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales. <input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente. <input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19. <input type="checkbox"/> Tengo el sistema inmunitario debilitado (ejemplo, infección por el VIH, cáncer). <input type="checkbox"/> Uso medicamentos o terapias inmunodepresores. <input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico. <input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (blood thinner). <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparin (HIT). <input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente. <input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico (dermal fillers).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____