

FORMULARIO DE EVALUACIÓN PREVIA Y REGISTRO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 MCHD

Instrucciones: Esta información se registrará en Alert IIS, el sistema de rastreo de las vacunas del estado. **Escriba en letra imprenta clara.** Con su firma indica que ha leído o le han explicado la información de este formulario sobre la vacuna contra el COVID-19. Que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas que se le respondieron satisfactoriamente. Que cree que entiende los beneficios y riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y que está solicitando la vacuna que le administrarán.

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| Apellido | | Primer nombre | | Segundo nombre/in. 2.º nombre | |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) y edad | | Correo electrónico | | Teléfono | |
| Dirección | | | Ciudad, estado, código postal | | |

Género:

- Femenino
 Masculino
 Femenino asignado al nacer, hombre transgénero, hombre trans
 Masculino asignado al nacer, mujer transgénero, mujer trans
 No binario, genderqueer, género expansivo
 Otro: _____
 Elige no divulgarlo

| Cuestionario de evaluación: Si responde "sí" a alguna de las siguientes preguntas, es posible que se le hagan otras preguntas | Sí | No |
|---|-----------------------------|----|
| 1. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave inmediata (como anafilaxia) a algo? Por ejemplo, una reacción para la que se lo trató con epinefrina (EpiPen) o por la que tuvo que ir al hospital. ¿O tiene una receta para EpiPen®? | | |
| 2. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica inmediata después de recibir una vacuna o alguna otra inyección? (Por ejemplo, picazón en la boca, urticaria, hinchazón en la lengua) | | |
| 3. ¿Cuántas vacunas contra el COVID-19 recibió en el pasado? | | |
| Fecha/de la 1.ª dosis/marca | Fecha/de la 2.ª dosis/marca | |
| 4. ¿Presentó alguna reacción alérgica después de una vacuna contra el COVID-19, al polisorbato o al polietilenglicol (PEG)? | | |
| 5. ¿Tuvo síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (MIS-C O MIS-A) en los últimos 90 días? | | |
| 6. ¿Recibió terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o plasma de convaleciente) como tratamiento o para la prevención del COVID-19 en los últimos 90 días? | | |
| 7. Si esta es su segunda dosis de la vacuna de Pfizer o Moderna, ¿tuvo algún problema al corazón después de la primera dosis de la vacuna? ¿Alguna vez tuvo miocarditis (inflamación del corazón)? | | |
| 8. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o toma anticoagulantes? | | |
| 9. ¿Alguna vez tuvo un bajo nivel de plaquetas debido a la heparina o lo trataron por un coágulo sanguíneo en los últimos 6 meses? | | |
| 10. ¿Alguna vez tuvo el síndrome de Guillain-Barré (GBS), un problema grave de los nervios que causa parálisis? | | |

***¿Ha recibido información escrita sobre la vacuna contra el COVID-19 que se está administrando en el día de hoy? Sí No**

Firma del participante O padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

Apellido _____ Nombre _____ 2.º nom. _____ del padre/madre o tutor en imprenta:

RECUERDE: Debe haber un adulto responsable con los menores de 15 años durante todo el proceso de vacunación. Si enviará a su hijo a la clínica de vacunación con otro adulto, también tenemos un [consentimiento por separado](#) que usted debe firmar (esto puede hacerse por teléfono si no tiene ese papel).

Apellido _____ Nombre _____ 2.º nom. _____

Estas preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos indicara su raza y etnia para que podamos encontrar y abordar diferencias de salud y de servicios.

Raza y etnia

1. ¿Cómo identifica su **raza, etnia, afiliación tribal, país de origen o ascendencia**?

2. ¿Qué describe mejor su identidad racial o étnica? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

Hispana y latino/a/x

- Centroamericana
- Mexicana
- Sudamericana
- Otra opción para hispana o latino/a/x

Nativa hawaiana o de otras islas del Pacífico

- Chamorra
- Marshalesa
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativa hawaiana
- Samoana
- De otras islas del Pacífico

Blanca

- De Europa Oriental
- Eslava
- De Europa Occidental
- Otra raza o etnia blanca

Indígena americana y nativa de Alaska

- Indígena americana
- Nativa de Alaska
- Inuit canadiense, métis o de las Naciones Originarias
- Indígena mexicana, centroamericana o sudamericana

Negra y afroamericana

- Afroamericana
- Afrocaribeña
- Etíope
- Somalí
- Otra raza o etnia africana (negra)
- Otra raza o etnia negra

Medio Oriente/Norte de África

- De Medio Oriente
- Del Norte de África

Asiática

- India asiática
- Camboyana
- China
- Comunidades de Birmania
- Filipina
- Hmong
- Japonesa
- Coreana
- Laosiana
- Sur de Asia
- Vietnamita
- Otra raza o etnia asiática

Otras categorías

- Otra (*indicar*) _____

- No sabe
- No desea responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que considere su identidad racial o étnica **principal**?

Sí. Encierre en un círculo su identidad racial o étnica principal arriba.

No tengo solo una identidad racial o étnica principal.

No. Me identifico como perteneciente a dos o más razas.

N/C. Solo marqué una categoría arriba.

No sé.

No deseo responder.

Apellido _____ Nombre _____ 2.º nom. _____