

Lista de Verificación para Vacunas



Las siguientes preguntas nos ayudan a determinar si hay alguna razón por la que no debería vacunarse hoy. Si responde "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Solo significa que se pueden hacer preguntas adicionales.

Child's age: _____

RxID:	RxBIN:	RxPCN:	RxGRP:
SS#:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Apellido de soltera de mama:	
Nombre:	Apellido:	Fecha De Nacimiento:	
Dirección:			Tel#:
Correo Electronico:			
Raza: <input type="checkbox"/> American Indian/ Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/ African American <input type="checkbox"/> Hispanic/ Latino <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/ Other			

Responda "sí" o "no" a las siguientes preguntas:

Si No No se

	Si	No	No se
1. ¿Se siente enfermo/a hoy?			
2. ¿Qué vacuna solicita hoy? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> J&J <input type="checkbox"/> Otra _____			
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica? (Esto incluiría una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a algo que no sea un componente de alguna vacuna o medicamento inyectable? ¿Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, veneno, ambientales u medicamentos orales? (Esto incluiría una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen o que lo llevó al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluidas sibilancias).			
5. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
6. ¿Alguna vez tuvo una prueba positiva para COVID-19 o un médico le dijo alguna vez que tenía COVID-19?			
7. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?			
8. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?			
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes?			
10. ¿Tiene antecedentes o un factor de riesgo de trastorno de la coagulación sanguínea?			
11. ¿Estás embarazada o amamantando?			
12. ¿Tiene rellenos dérmicos?			

Form reviewed by: _____ Fecha: _____

(Left arm or Right arm) (Subcutaneous or Intramuscular) **PARA PHARMACIA**