

# Madison Regional Health System

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

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre de medico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_

Numero de telefono \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Questions?	Si	No	No se'
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? Pfizer / Moderna / Janssen (Johnson & Johnson) / Otro producto			
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 ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).  *Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19.			
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 ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante ( <i>blood thinner</i> )?			
6. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?  Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
7. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			

For office use only below

First injection of series Priority Group \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Consent \_\_\_\_\_ V-Safe \_\_\_\_\_ EUA given \_\_\_\_\_ Manufacturer Pfizer/Moderna/Janssen

Lot # \_\_\_\_\_ Vaccine expiration date \_\_\_\_\_ Injection Site \_\_\_\_\_

Administered by \_\_\_\_\_ *Second dose schedule date* \_\_\_\_\_

Documentation: SDIIS \_\_\_\_\_ Order entered \_\_\_\_\_ Administered on eMAR \_\_\_\_\_

---

Second injection of series Date \_\_\_\_\_ *EUA given* \_\_\_\_\_

Side effects of *1<sup>st</sup> dose* \_\_\_\_\_ *Consent* \_\_\_\_\_

Manufacturer Pfizer/Moderna Lot # \_\_\_\_\_ Vaccine expiration date \_\_\_\_\_

Injection Site \_\_\_\_\_ Administered by \_\_\_\_\_

Documentation: SDIIS \_\_\_\_\_ Order entered \_\_\_\_\_ Administered on eMAR \_\_\_\_\_

---