



# Cape May County COVID-19 Forma de Registración para 18 años de adelante

FOR OFFICIAL USE ONLY	
Moderna	J&J
<input type="checkbox"/> 1st	<input type="checkbox"/> 1st
<input type="checkbox"/> 2nd	<input type="checkbox"/> Booster
<input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> OR Booster (Circle which one)	

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ dirección electrónica: \_\_\_\_\_

Información de vacunación:  Tarjeta Verificada

Primera Dosis- Fecha \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_

Segunda Dosis- Fecha \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_

*He elegido recibir la vacuna contra el Coronavirus. Lo hago de forma voluntaria y consiento que me sea dada. He leído la información de preregistración. Entiendo los riesgos y los beneficios de esta vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales han sido contestadas a mi satisfacción. Por este medio estoy exonerando el Condado, Departamento de Salud, Clínica, Empleados y/o agentes de alguna reclamación en su contra que pueda hacer yo o alguien mas en mi nombre por danos o perjuicios que pueda sufrir como resultado de esta vacuna. Además, entiendo que mi información será entrada al Sistema de Inmunización de New Jersey.*

Fecha de hoy \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del administrador de la Vacuna \_\_\_\_\_

<b>Medical staff use only:</b> Site: <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	PFIZER MODERNA J&J
	AFFIX STICKER HERE

Sponsored by the Cape May County Board of County Commissioners  
Cape May County Department of Health  
Keeping Cape May County Healthy

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



## 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 \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

**1. ¿Se siente enfermo hoy?**

Sí	No	No sabe
<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?

- Pfizer     
  Moderna     
  Janssen  
 (Johnson & Johnson)     
  Otra \_\_\_\_\_

• ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no)

<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:
  - 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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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).*

**5. Marque todo lo que corresponda:**

- Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.
- Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años.
- Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.
- 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.
- Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.
- Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.
- Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej. por infección por el VIH, cáncer) o recibo medicamentos o terapias inmunodepresoras.
- Tengo un trastorno hemorrágico.
- Tomo un anticoagulante (*blood thinner*).
- Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT).
- Estoy embarazada o amamantando actualmente.
- He recibido relleno dérmico (*dermal fillers*).
- Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)

Formulario revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_