



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

FOR OFFICIAL USE ONLY	
Moderna <input type="checkbox"/> Primaria/Inmuno <input type="checkbox"/> Refuerzo	J&J <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Refuerzo

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: _____ Lot: _____
 Segunda Dosis- Fecha _____ Marca: _____ Lot: _____
 Tercera Dosis- Fecha _____ Marca: _____ Lot: _____
 Cuatra Dosis- Fecha _____ Marca: _____ Lot: _____
 Quinta Dosis- Fecha _____ Marca: _____ Lot: _____

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 _____

Medical staff use only: Site: <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD	PFIZER MODERNA J&J <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> AFFIX STICKER HERE </div>
---	--

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

Nombre _____

Edad _____

- | | 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 una vacuna contra el COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____ | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas dosis de alguna vacuna contra el COVID-19 se ha puesto? _____ • ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Tiene usted una afección o está recibiendo un tratamiento que lo haga moderada o gravemente inmunodeprimido? <i>(Esto incluiría tratamiento contra el cáncer o el VIH, recepción de un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o tratamiento de altas dosis de corticosteroides, infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T), trasplante de células hematopoyéticas [HCT], síndrome de DiGeorge o síndrome de Wiskott-Aldrich)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha recibido usted un trasplante de células hematopoyéticas (HCT, por sus siglas en inglés) o una infusión de linfocitos T con receptores quiméricos para antígenos (terapia CAR-T) desde que se vacunó contra el COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente: <i>(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).</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> 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"/> |
| 6. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna <i>(que no sea la vacuna contra el COVID-19)</i> o a un medicamento inyectable? <i>(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).</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Marque todo lo que corresponda: | | | |
| <input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 39 años. | | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis | | | |
| <input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19. | | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico. | | | |
| <input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (<i>blood thinner</i>). | | | |
| <input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés) | | | |

Formulario revisado por _____ Fecha _____

Adaptado, con reconocimiento, de las listas de verificación de evaluación de la Coalición de Acción para la Vacunación (IAC)