

# 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 del paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron?  <input type="checkbox"/> Pfizer    <input type="checkbox"/> Moderna    <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson &amp; Johnson)    <input type="checkbox"/> Otro producto _____</li> </ul>			
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).			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia.</li> <li><input type="checkbox"/> Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos.</li> </ul> </li> <li>Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19.</li> <li>Una vacuna o terapia inyectable que contenga múltiples componentes, uno de los cuales sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe cuál provocó la reacción inmediata.</li> </ul>			
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. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante ( <i>blood thinner</i> )?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			
12. ¿Tiene materiales de relleno dérmico ( <i>dermal fillers</i> )?			

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

Fecha \_\_\_\_\_



TEXAS  
Health and Human  
Services

Texas Department of State  
Health Services

**REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)**  
**CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS**



(Llene a mano claramente)

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de apartamento o edificio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_

<b>Raza (seleccione todos los que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<b>Grupo étnico (seleccione solo una):</b> <input type="checkbox"/> Hispanic o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se negó a contestar
--	--	--	--

El Registro de Inmunización de Texas es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública (por ej., para darle a cada médico que atienda a un paciente un lugar centralizado donde pueda ver los registros de vacunación de sus pacientes). Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el ImmTrac2. *En el caso de un menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia puede dar el consentimiento para que ese menor participe, llenando el consentimiento del ImmTrac2 para menores de edad (# C-7), que puede descargar en: [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com).*

**Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas**  
Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas, como parte del tratamiento que yo reciba como paciente; cualquier escuela de Texas en la que yo esté inscrito; un distrito de salud pública o departamento de salud local de Texas, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; cualquier entidad estatal que tenga custodia sobre mí; cualquier pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con mi cobertura con una póliza de dicho pagador. **Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.**

La ley estatal permite la inclusión en el ImmTrac2 de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos (mayores de 18 años). Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el del socorrista. En el caso de un familiar menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia puede dar el consentimiento para que el menor participe en calidad de "menor en el ImmTrac2", llenando el formulario de consentimiento (# C-7) del Registro de Inmunización (ImmTrac2).

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista.  
 Soy un SOCORRISTA.       Soy un FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Desco INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas.

**La persona (o su representante legalmente autorizado):** \_\_\_\_\_  
Nombre escrito a mano  
\_\_\_\_\_  
Firma  
Fecha \_\_\_\_\_

**Aviso de confidencialidad:** Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • [www.ImmTrac.com](http://www.ImmTrac.com)  
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group • MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

**PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2:** Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. **DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.**



**EMERGENCY**  
**HOSPITAL SYSTEMS**  
NETWORK OF HOSPITALS

## **ACTUALIZACIÓN DE REFUERZO DE VACUNACIÓN**

A partir del 24 de septiembre de 2021, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomendó la vacuna Pfizer-BioNTech Covid-19 para ciertas poblaciones, y también recomendó una dosis de refuerzo para aquellos que se encuentren en entornos laborales e institucionales de alto riesgo. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) utiliza las autorizaciones para proteger a la mayor cantidad de tejanos como sea posible. La autorización de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y la guía de uso del CDC representan pasos importantes a medida que trabajabamos para estar por delante del virus y mantener a los estadounidenses seguros.

Texas Emergencia Hospital es un centro de vacunación designado y continuará administrando vacunas para cualquier persona de 12 años o más, así como también proporcionará el refuerzo Pfizer-BioNTech Covid-19 a las personas que cumplan con los criterios enumerados a continuación, así como aquellos que recibieron la primera serie de vacunas al menos 6 meses atrás.

\_\_\_\_\_ **DECLARO QUE TENGO 65 AÑOS O MÁS Y / O SOY RESIDENTE EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE LARGO PLAZO.**

\_\_\_\_\_ **DECLARO QUE TENGO DE 18 A 64 AÑOS DE EDAD Y QUE TENGO UNA CONDICIÓN MÉDICA SUBYACENTE.**

\_\_\_\_\_ **DECLARO QUE TENGO 18 A 64 AÑOS DE EDAD Y QUE ME ENCUENTRO EN MAYOR RIESGO DE EXPOSICIÓN Y TRANSMISIÓN AL COVID-19 DEBIDO A UN ENTORNO OCUPACIONAL O INSTITUCIONAL.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD ACTUAL: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Texas Emergency Hospital  
Cleveland Emergency Hospital  
Cleveland Emergency Hospital Woodlands HOPD  
Cleveland Emergency Hospital Deerbrook HOPD  
Cleveland Emergency Hospital Porter HOPD