

CUESTIONARIO PREINMUNIZACIÓN

1. ¿Qué edad tiene? _____

2. ¿Ha recibido vacunas contra el COVID-19?

1.ª dosis - Fecha: _____ Producto: _____

4.ª dosis - Fecha: _____ Producto: _____

2.ª dosis - Fecha: _____ Producto: _____

5.ª dosis - Fecha: _____ Producto: _____

3.ª dosis - Fecha: _____ Producto: _____

3. ¿Ha tenido ya una prueba de COVID-19 con resultado positivo?

Fecha de la última prueba PAAN o PRDA positiva: _____

PAAN: prueba de amplificación de ácidos nucleicos (de laboratorio) PRDA: prueba rápida de detección de antígeno (prueba casera)

4. ¿Ha tenido algún cambio significativo en su estado de salud últimamente o desde su más reciente dosis de vacuna?

En caso de enfermedad aguda, severa o de síntomas de COVID-19, posponga la vacunación.

5. ¿Es usted un paciente inmunodeprimido o dializado; o toma medicamentos inmunodepresores?

A partir de los 5 años: se requieren 3 dosis independientemente de antecedentes de infección por COVID-19.

A partir de los 12 años: 2 dosis de refuerzo.

6. ¿Ha tenido alguna reacción importante (que no sea una alergia alimentaria) que haya necesitado una consulta médica, luego de haber recibido una vacuna u otro producto?

7. ¿Está usted embarazada?

Se recomienda la vacunación para estas personas (ARNm).

8. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales contra el COVID-19 o plasma de usuarios convalecientes del COVID-19 en los últimos 90 días?