

***** Por favor complete el nombre y responda las preguntas 1 - 10 *****

Nombre primero Segundo)	
------------------------------------	--

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE VACUNAS PFIZER-BIONTECH COVID-19

EVALUACIÓN PREVACUNA COVID-19 - POR FAVOR COMPLETE	SÍ	NO
SI RESPONDE "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS 1 - 5, NO VACUNAR		
1. ¿Tiene menos de 12 años?		
2. ¿Ha recibido anticuerpos monoclonales COVID-19 o tratamientos con plasma de convalecencia en los últimos 90 días?		
3. ¿Tiene fiebre de 100.5 grados Fahrenheit o está moderadamente o muy enfermo hoy?		
4. ¿Está actualmente en cuarentena por COVID- 19 o dio positivo por Covid-19 en las últimas dos semanas?		
5. ¿Ha recibido otras vacunas en los últimos 14 días?		
EN CASO DE "SÍ" A LA PREGUNTA 6, NO VACUNAR CON LA VACUNA BNT162b2 COVID-19 (Pfizer-BioNTech)		
6. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave de anafilaxia a algún componente de la vacuna BNT162b2 COVID-19 (Pfizer-BioNTech)? ARNm, lípidos ((4- hidroxibutil) azanediil) bis (hexano-6,1-diil) bis (2-hexildecanoato), 2 [(polietilenglicol) - 2000] -N, N- ditetradecilacetamida , 1,2-Distearoil- sn-glicero-3-fosfocolina y colesterol), cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, fosfato de sodio dibásico dihidrato y sacarosa		
SI LA PREGUNTA 9 ES "SÍ": (REQUERIRÁ 30 MINUTOS DE OBSERVACIÓN)		
9. ¿Tiene antecedentes de reacciones alérgicas graves (p. Ej., Anafilaxia; los síntomas pueden incluir hinchazón de la lengua o la garganta y / o dificultad para respirar)?		
EN CASO DE "SÍ" A LA PREGUNTA 10: (REQUERIRÁ 30 MINUTOS DE OBSERVACIÓN)		
10. ¿Tiene antecedentes de una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a una vacuna o medicamento inyectable, o una reacción alérgica grave inexplicable (por ejemplo, anafilaxia)?		

VACCINATOR PLEASE COMPLETE SECTION BELOW

LIM#	Vaccine Descriptor	Type	AGE	Dose/Route/Site
1111	BNT162b2 COVID-19 Vaccine	MDV	16+ yrs	0.3 mL IM L / R Deltoid

Administered By (initials):

Date Administered: