

Lista de verificación pre-vacunación para vacunas COVID-19



SOY SORDO/A O CON UNA DISCAPACIDAD AUDITIVA.

Estoy usando esta tarjeta para comunicarme. Podría necesitar un intérprete de lenguaje de señas certificado o subtítulo para comunicarme.



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

SI NO NO SÉ

(marque uno)



¿Tiene una cita?



¿Está enfermo/a hoy?

Estoy recibiendo:

- Pfizer
 moderna
 Johnson-Johnson

- 1 Primera dosis 1 1st Booster
 2 Segunda dosis 2 2nd Booster



Fecha de la última dosis

Alergia severa a:



Alimentos



Mascotas



Medicamentos



Inyecciones

Otro _____

Necesita un EpiPen®?



¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?



¿Ha dado positivo/a a COVID-19?



¿Ha recibido terapia de anticuerpos para COVID-19?



¿Tiene VIH, cáncer o toma medicamentos inmunosupresores?



¿Tiene problemas de coagulación o toma anticoagulantes?



¿Embarazada o lactando?

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Departamento de los Servicios Humanos de New Jersey
 División de sordos o con discapacidad auditiva
 Teléfono: 1-800-792-8339
 Correo electrónico: DDHH.communications2@dhs.nj.gov

