



## CHECKLIST VACUNACIÓN SARS-CoV-2

Nombre del Usuario/a: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ Teléfono / Celular: \_\_\_\_\_

		SI	NO
1	¿Se siente enfermo/a hoy?		
2	¿Alguna vez ha recibido una dosis de Vacuna SARS-CoV-2?		
Sí su respuesta es sí, ¿cuál producto recibió?			
3	¿Alguna vez ha presentado una reacción alérgica severa? (Incluye reacciones tipo anafilácticas que requieren tratamiento con epinefrina, o que requirió traslado al hospital o a servicio de urgencia. O alguna reacción alérgica ocurrido en pocas horas que incluyó rash, hinchazón o dificultad respiratoria. Puede ser Alergias severas a alimentos, fármacos o vacunas)		
4	¿Alguna vez ha presentado una reacción alérgica a alguna vacuna o un fármaco que le inyectaron?		
5	¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?		
6	¿Alguna vez ha presentado un examen de COVID-19 positivo o le han informado que estuvo enfermo con COVID-19?		
7	¿Ha recibido terapia de anticuerpos monoclonales como tratamiento para COVID-19?		
8	<b>¿Tiene su sistema inmune afectado por alguna enfermedad como VIH, Cáncer o toma algún fármaco o tratamiento inmunosupresor?</b>		
9	<b>¿Tiene alguna enfermedad o trastorno de coagulación o está tomando algún fármaco o tratamiento anticoagulante?</b>		
10	¿Estas embarazada o actualmente con lactancia?		
11	<b>¿Presenta antecedente de enfermedad tromboembólica? (trombosis venosa, accidente vascular isquémico, Tromboembolismo pulmonar, trombosis mesentérica)</b>		

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