

# 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?



¿Ya recibió una dosis de la vacuna COVID-19?



    Otro \_\_\_\_\_

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

