



CHECKLIST PRE-VACUNACION VACUNACIÓN SARS-CoV-2

Nombre del Usuario/a: _____

Edad: _____ RUT: _____

Teléfono / Celular: _____ E-Mail: _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Fono emergencia: _____

		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	¿Tiene su sistema inmune afectado por alguna enfermedad como VIH, Cáncer o toma algún fármaco o tratamiento inmunosupresor?		
9	¿Tiene alguna enfermedad o trastorno de coagulación o está tomando algún fármaco o tratamiento anticoagulante?		
10	¿Está embarazada o actualmente con lactancia?		

Formulario revisado por: _____