



**!** Este formulario es solo para las personas que desean recibir la vacuna de refuerzo.

**Nota:** Es muy importante que complete este cuestionario.  
Traiga el cuestionario completado a su cita para la vacuna de refuerzo.

**Nota:** ¿Toma medicamentos? Si es así, traiga una lista de sus medicamentos a su cita para la vacuna de refuerzo.  
Puede hacer la lista usted mismo o conseguirla en la farmacia.

## Corona

- |   | SÍ                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 ¿Dio positivo en la prueba de la COVID-19 en los últimos 3 meses?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ¿Recibió su segunda dosis de la vacuna contra la COVID-19 en los últimos 3 meses?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 En estos momentos, ¿tiene fiebre de 38 grados centígrados o más?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 En estos momentos, ¿tiene síntomas indicativos de la COVID-19, tales como goteo nasal, tos, falta de aliento, calentura o fiebre, o pérdida del olfato o del gusto? En ese caso, quédese en casa y hágase la prueba de COVID-19.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si su respuesta a cualquiera de las preguntas de 1 a 4 es **SÍ**, no puede recibir la vacuna de refuerzo en este momento.**

¿Tuvo una reacción alérgica grave o inmediata después de una vacuna contra la COVID-19?

**Si la respuesta es "sí", no puede recibir la vacuna de refuerzo.**

## Cirugía

- |   | SÍ                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5 ¿Va a ser operado con anestesia en los 2 días siguientes a la vacuna de refuerzo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si su respuesta a la pregunta 5 es **SÍ**, deberá recibir la vacuna de refuerzo después de la cirugía.**

## Embarazo

- |                     |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6 ¿Está embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|

Si su respuesta es **SÍ**, usted puede recibir la vacuna de refuerzo.

Si usted tiene más preguntas, le recomendamos que antes se ponga en contacto con su obstetra, médico tratante o ginecólogo.



Datos médicos	SÍ	NO
7 ¿Se ha desmayado alguna vez después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ¿Ha sufrido alguna vez una reacción alérgica grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es <b>SÍ</b> : ¿A qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibió tratamiento para ello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Lleva consigo un EpiPen o un pasaporte de medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ¿Ha tenido cáncer de mama?		

Si la respuesta es **SÍ**:  Lado derecho  Lado izquierdo

*Si tiene (o ha tenido) cáncer de mama, es importante que sepamos de qué lado, para poder tener esto en cuenta cuando le administremos la vacuna.*

10 ¿Utiliza medicamentos anticoagulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Si su respuesta es **SÍ**: ¿Qué medicamentos ha utilizado en los últimos 7 días y en qué dosis?

\_\_\_\_\_

**!** *Si no lo sabe, póngase en contacto con su médico de cabecera para que él le facilite una lista de los medicamentos que está tomando.*

Si utiliza anticoagulantes, póngase en contacto con su médico de cabecera antes de su vacuna de refuerzo y pregúntele si puede recibir la vacuna de refuerzo y si será necesario tomar medidas adicionales.

11 ¿Tiene una enfermedad que impide la coagulación de la sangre (trastorno hemorrágico)?		
Si la respuesta es <b>SÍ</b> , ¿de cuál enfermedad se trata?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Hemofilia
- Enfermedad di Von Willebrand
- Trastorno de la función de las plaquetas (trombopatía/ trombopenia)
- Otro \_\_\_\_\_

12 ¿Sufre de epilepsia y ha tenido alguna vez un ataque epiléptico al tener fiebre o después de una vacunación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

**Si su respuesta a cualquiera de las preguntas de 6 a 12 es **SÍ**, cuando llegue al punto de vacunación, un médico hablará con usted antes de que se vacune.**

**Nota:** ¿Tiene usted una condición médica que no se menciona en esta declaración de salud? Por ejemplo, ¿tiene una enfermedad o toma medicamentos que no se mencionan aquí? En ese caso, sí puede recibir la vacuna. Si tiene alguna duda al respecto, puede llamar gratis al 0800-0800. Para más información, consulte [www.bonairegov.com](http://www.bonairegov.com).