

MONTGOMERY COUTNY HEALTH DEPARTMENT  
2021 VACCINACION COVID – ON-LINE FORM  
(MODERNA-INJECTABLE)

<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>RAZA</b>	<b>GENERO</b>	
<b>DIRECCIÓN FÍSICA</b>		<b>NUMERO DE TELÉFONO</b>	<input type="checkbox"/> <b>MOBIL:</b> <input type="checkbox"/> <b>CASA:</b>			
<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b> <b>CONDADO</b>	<b>POSTAL</b>	<b>ETNIA</b> <input type="checkbox"/> <b>HISPANO</b> <input type="checkbox"/> <b>NO HISPANO</b>			
<b>COBERTURA DEL SEGURO</b> Completa la información. Favor de incluir una copia de su tarjeta	<input type="checkbox"/> Seguro privada Compañía/ID#/Grupo#	<input type="checkbox"/> <b>MEDICAID ID#</b>	<input type="checkbox"/> <b>MEDICARE ID#</b>  <input type="checkbox"/> <b>OTRO SUPLEMENTO/NOMBRE/# ID</b>			
<b>NOMBRE DE SU EMPLEADOR/ ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN DONDE VIVE</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>  <b>NO TENGO CORREO</b> <b>IDIOMA PREFERIDO:</b> <input type="checkbox"/> <b>ÍNGLES</b> <input type="checkbox"/> <b>ESPAÑOL</b> <input type="checkbox"/> <b>OTRA</b>	<b>COMUNICACIÓN PREFERIDO:</b> <input type="checkbox"/> <b>CORREO ELECTRÓNICO</b> <input type="checkbox"/> <b>TEXTO</b> <input type="checkbox"/> <b>AMBOS</b> <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>	<b>TRABAJADOR ESENCIAL (POLICIA, PROCESADOR DE ALIMENTOS, MAESTRO, ETC)</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>VIVE O TRABAJA EN UNA INSTITUCION DE CUIDO/ASILO</b>			
<b>Favor de marcar SI o NO para cada pregunta.</b>					<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Se siente enfermo hoy?						
2. ¿Ha recibido una vacuna para COVID-19 antes? Si marcó <b>SI</b> , ¿cual producto? <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Otro producto						
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica severa (ex: anafilaxis)? Marque todos: Por ejemplo: ¿una reacción donde recibió epinefrina o EpiPen, o haya hecho que tuviera que ir al hospital? (También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar incluso sibilancias)						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polisorbato</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19?</li> </ul>						
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica (ex: anafilaxis) después de recibir otro tipo de vacuna (sino COVID-19) o de una inyección? Por ejemplo: ¿una reacción donde recibió epinefrina o EpiPen, o haya hecha que tuviera al hospital? (También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar incluso sibilancias)						
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, al polisorbato, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.						
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?						
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?						
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?						
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o usa medicamentos o terapias inmunodepresores?						

