

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

APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	RAZA	GENERO	
DIRECCIÓN FÍSICA		NUMERO DE TELÉFONO	<input type="checkbox"/> MOBIL: <input type="checkbox"/> CASA:			
CIUDAD	ESTADO CONDADO	POSTAL	ETNIA <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NO HISPANO			
COBERTURA DEL SEGURO Completa la información. Favor de incluir una copia de su tarjeta	<input type="checkbox"/> Seguro privada Compañía/ID#/Grupo#	<input type="checkbox"/> MEDICAID ID#	<input type="checkbox"/> MEDICARE ID# <input type="checkbox"/> OTRO SUPLEMENTO/NOMBRE/# ID			
NOMBRE DE SU EMPLEADOR/ ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN DONDE VIVE	CORREO ELECTRÓNICO NO TENGO CORREO IDIOMA PREFERIDO: <input type="checkbox"/> ÍNGLES <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRA	COMUNICACIÓN PREFERIDO: <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> TEXTO <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> NINGUNO	TRABAJADOR ESENCIAL (POLICIA, PROCESADOR DE ALIMENTOS, MAESTRO, ETC) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> VIVE O TRABAJA EN UNA INSTITUCION DE CUIDO/ASILO			
Favor de marcar SI o NO para cada pregunta.					SI	NO
1. ¿Se siente enfermo hoy?						
2. ¿Ha recibido una vacuna para COVID-19 antes? Si marcó SI , ¿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"> • 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 						
<ul style="list-style-type: none"> • Polisorbato 						
<ul style="list-style-type: none"> • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19? 						
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?						

