

Tenga en cuenta que esta guía no reemplaza el registro en línea. Para registrarse en español, llame al 703-324-7404.



Cuestionario sobre citas para vacunas contra COVID-19

Sección 1

GRUPOS PRIORITARIOS ELEGIBLES ACTUALMENTE

Adultos que viven o trabajan en el condado de Fairfax, las ciudades de Fairfax y Falls Church y las localidades de Herndon y Vienna y que pertenecen a uno de los siguientes grupos prioritarios:

Fase 1A:

- Personal sanitario

Esto incluye a los cuidadores primarios de personas con afecciones médicas crónicas o discapacidades intelectuales o del desarrollo que requieren un alto nivel de atención diaria, y los siguientes empleados de servicios humanos que brindan servicios en persona a los clientes o al público: trabajadores sociales, administradores de casos o trabajadores de casos, consejeros de crisis, administradores de cuidado de crianza, personal de servicios de protección de adultos, personal de servicios de protección infantil, consejeros de violencia doméstica, personal de prevención y recuperación de la trata de personas, especialistas en comportamiento y consejeros relacionados con el abuso de sustancias.

- Residentes y personal de instituciones de cuidados a largo plazo

Fase 1B:

- Adultos mayores de 65 años
- Personas de 16 a 64 años con ciertas condiciones o discapacidades que aumentan su riesgo de enfermedad grave por COVID-19.
<https://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/191/2021/01/Phase-1b-In-Depth.pdf>
- Personal de cuidado de niños / K-12
- Policías

** El proceso en línea requerirá un correo electrónico y un número de teléfono móvil para registrarse y programar. Si no tiene acceso a una cuenta de correo electrónico activa, llame al 703-324-7404 para registrarse para una cita.

1. Reúno los criterios para un grupo prioritario:

Seleccione su respuesta de acuerdo a las categorías

- Personal medico
- Residentes y personal de asilo de ancianos
- Personas de 65 años o más
- Personas de 16 a 64 años con afecciones médicas de alto riesgo
- Cuidado de niños / Maestros / Personal de K-12
- Policía

Sección 2

SELECCIÓN PARA LA VACUNA

¡IMPORTANTE! • Las vacunas de Moderna están aprobadas para personas de 18 años de edad o más* • Las vacunas de Pfizer están aprobadas para personas de 16 años de edad o más* *No podemos garantizar cuál es la vacuna que tendremos en el momento de su primera cita programada y eso puede afectar las fechas que se le ofrezcan. *** Las vacunas contra COVID-19 NO son intercambiables. Las vacunas contra COVID-19 autorizadas actualmente requieren dos dosis. Ambas dosis de la serie deben completarse con el mismo producto.

2. ¿Actualmente se encuentra en aislamiento o en cuarentena por COVID-19?

Las personas en aislamiento o en cuarentena no pueden solicitar una cita. Una vez que haya completado la duración completa de su aislamiento o cuarentena, vuelva y presente una solicitud.

- Sí
- No

3. ¿Tiene conocimiento de tener alergia a alguno de los componentes de la vacuna contra COVID-19 (vea a continuación)?

Los componentes de la vacuna de Moderna contra COVID-19 incluyen: nucleótidos modificados de ARNm con codificación de la glicoproteína de la espiga viral (S) de SARS-CoV-2; PEG2000-DMG: 1,2-dimiristoil-rac-glicerol, metoxipolietilen glicol; 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfolina; Colesterol; SM-102: heptadecano-9-yl 8-((2-hidroxietil) (6-oxo-6-(undeciloxi) hexil) amino) octanoato; Trometamina; Clorhidrato de trometamine; Ácido acético; Acetato sódico; y Sacarosa. La vacuna no puede aplicarse a personas con antecedentes conocidos de una reacción alérgica severa (p. ej., anafilaxis, dificultad para respirar, hinchazón, urticaria, necesidad de tratamiento con epinefrina) a cualquiera de los componentes de la vacuna.

- Sí
- No

4. ¿Qué dosis está programando?

- Primera dosis

Segunda dosis

4a. Si recibió una primera dosis, ¿tuvo alguna reacción alérgica severa después de recibir la vacuna contra COVID-19?

Los antecedentes de una reacción alérgica severa (p. ej., anafilaxis) a una dosis anterior o a un componente de la vacuna contra COVID-19 es una contraindicación para cualquier vacuna contra COVID-19 actual. Usted no debe recibir otra vacunación contra COVID-19.

Sí

No

4b. ¿Qué tipo de vacuna recibió para su primera dosis?

Moderna

Pfizer

4c. ¿En qué fecha recibió su primera dosis?

2021



4d. ¿Dónde recibió su primera dosis?

Departamento de Salud del Condado de Fairfax

Sección 3

DATOS DEMOGRÁFICOS

5. Nombre

6. Segundo nombre

7. Apellido

8. Mes de nacimiento

9. Día de nacimiento

10. Año de nacimiento

11. Género

- Femenino
- Masculino
- Otro

12. Origen étnico

- Hispano o latino
- Ni hispano ni latino
- Desconocido/No lo informa

13. Raza

- Indígena del territorio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico
- Negro o afroamericano
- Blanco
- Otro
- Desconocido/No lo informa

Sección 4

INFORMACIÓN DE CONTACTO

14. Correo electrónico

15. Número de teléfono celular

Su número de teléfono celular no se compartirá. Verifique la exactitud de su número, recibirá un mensaje de texto de control el día de su cita para ayudar a mantener la distancia social.

16. Número de teléfono de domicilio

17. Dirección particular 1

18. Dirección particular 2

Casilla de correo, Suite, Número de unidad, etc.

19. Ciudad

20. Estado

- Virginia
- Maryland
- Distrito de Columbia
-

21. Código postal

Sección 5

SELECCIÓN DE SEGURIDAD PARA LA VACUNA

22. ¿Tiene alguna enfermedad?

Si tiene una enfermedad aguda moderada o severa, todas las vacunas deben postergarse hasta que la enfermedad haya mejorado. Las enfermedades leves (p. ej., infecciones respiratorias superiores, diarrea) NO son contraindicaciones para la vacunación. No hay necesidad de postergar la vacunación si está tomando antibióticos.

- Sí
- No

23. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica severa (p. ej. anafilaxis) a algo? Por ejemplo, una reacción para la que el tratamiento fue epinefrina o EpiPen®, o para la que tuvo que ir al hospital.

Igualmente puede recibir una vacuna contra COVID 19 si tuvo reacciones alérgicas no relacionadas con vacunas o terapias inyectables (p. ej. alimentos, mascotas, veneno, ambientales, alergia al látex, a medicamentos orales). Sin embargo, si ha tenido reacciones alérgicas severas a algo, debe estar en observación durante 30 minutos después de la vacunación en lugar del período de observación estándar de 15 minutos.

- Sí
- No

24. ¿Alguna vez tuvo una reacción seria después de recibir una vacunación u otro medicamento inyectable?

La vacuna se puede aplicar, pero se desconocen los riesgos de presentar una reacción alérgica severa y usted debe sopesar esos riesgos frente a los beneficios de la vacunación contra COVID-19. Estará en observación durante 30 minutos después de la vacunación. Antecedentes de una reacción alérgica leve a una vacuna o un medicamento inyectable no son una precaución para la vacunación contra COVID-19.

- Sí
- No

25. ¿Tiene alergia a medicamentos o alimentos?

Las personas con antecedentes de anafilaxis por alimentos, medicamentos orales, picaduras de insectos, mascotas, veneno, ambientales o látex pueden recibir la vacuna contra COVID-19.

- Sí
- No

26. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para la COVID-19 en los últimos 90 días?

La vacunación debe postergarse durante al menos 90 días después de recibir terapia pasiva con anticuerpos, como medida de precaución hasta que haya disponible información adicional, para evitar la interferencia del tratamiento con anticuerpos con las respuestas inmunológicas inducidas por la vacuna. Una vez que transcurran 90 días, regrese y presente una solicitud.

- Sí
- No

27. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?

La serie de la vacuna contra COVID-19 debe administrarse sola, con un intervalo mínimo de 14 días antes o después de la administración de otras vacunas. Esta recomendación se basa en la ausencia de datos sobre la seguridad y la eficacia de las vacunas contra COVID-19 con ARNm que se administren simultáneamente con otras vacunas. Una vez que transcurran 14 días, regrese y presente una solicitud.

- Sí
- No

28. ¿Ha tenido resultados positivos en una prueba para detectar COVID-19 o un doctor alguna vez le dijo que usted tenía COVID-19?

Si tuvo infección con COVID-19 antes, igualmente puede recibir una vacuna. Si tiene infección con COVID-19 actualmente, la vacuna debe postergarse hasta que usted se haya recuperado de la enfermedad aguda y se hayan cumplido los criterios para que usted interrumpa el aislamiento. Si tuvo una infección con COVID-19 documentada en los últimos 90 días, puede postergar la vacunación hasta llegar al final de ese período, si lo desea.

- Sí
- No

29. ¿Tiene el sistema inmunológico debilitado debido a algo como infección con VIH o cáncer?, ¿recibe medicamentos o terapias inmunodepresores, o un proveedor de cuidados de la salud le ha dicho que tiene síndrome de Guillain-Barre o parálisis de Bell?

Las vacunas contra COVID-19 pueden administrarse a personas con afecciones médicas subyacentes que no tengan ninguna otra contraindicación para la vacunación. Sin embargo, se desconocen el perfil de seguridad y la efectividad en poblaciones inmunocomprometidas y existe el potencial de una respuesta inmunológica reducida.

- Sí
- No

30. ¿Tiene algún trastorno de sangrado o está tomando un anticoagulante?

En pacientes con trastornos de sangrado o que toman anticoagulantes: se usará una aguja de calibre fino (calibre 23 o menos) para la vacunación, seguido de una presión firme sobre el sitio, sin fricción, durante al menos 2 minutos. Hable con su doctor sobre el riesgo de sangrado con una vacuna intramuscular.

- Sí
- No

31. ¿Está embarazada, amamanta o tiene planes de embarazarse en los próximos 30 días?

La vacunación contra COVID 19 está firmemente recomendada para personas embarazadas y se recomienda para las mujeres que amamantan y las que están intentando activamente quedar embarazadas o están contemplando esa posibilidad. No es necesario postergar un embarazo hasta que se completen las dos dosis de la vacuna contra COVID-19.

- Sí
- No

Sección 6

DECLARACIÓN JURADA

32. Doy fe de que la información que antecede es exacta y fidedigna. Entiendo que el Departamento de Salud tiene derecho a verificar cualquier dato provisto y que no se garantiza una cita para la vacuna si después de que se examine mi información de registro el Departamento de Salud requiere mayor verificación de la información.

- Sí
- No

Sección 7

Es posible que usted no califique para la vacunación en este momento.

Con base en sus respuestas, regrese más adelante para presentar un cuestionario. Si tiene preguntas o para completar este formulario por teléfono, llame al 703-324-7404

