

Appointment Date: ___/___/___ Time: _____

2020-2021 Offsite COVID-19 Screening Questionnaire SPANISH

1001 East 9th Street, Reno NV, 89512

Complete la Siguiente Información para la Persona Que Será Vacunada:

PACIENTE: NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____
 Teléfono: (____) - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: F M Peso: _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Email: _____
 Empleador: _____ Ocupación: _____ Contacto de Emergencia y Número telefónico: _____
 Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino Desconocido
 Raza: (Marque todo lo que corresponda) Blanco Negro Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái/Islas del Pacifico
 Otro/Mestizo Desconocido

Serie de vacunación COVID-19:

¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19? NO Sí, ¿Que producto de vacuna? Pfizer Moderna Otro Producto

Si ha regresado para la DOSIS 2 de la vacuna COVID-19, FECHA en que recibió DOSIS 1: ____/____/____

STAFF-verify the interval for DOSE 2: _____ 21 days (Pfizer) _____ 28 days (Moderna) _____ Other

Cuestionario para la Persona Que Va a Recibir La Vacuna:

NO SÍ

1. ¿Está enferma/o el día de hoy? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son sus síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene 18 años de edad o mayor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido expuesto, diagnosticado o puesto en cuarentena por COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 2 semanas? Si la respuesta es sí, enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a una vacuna o medicamento inyectable en el pasado? Si la respuesta es sí, ¿qué vacuna/medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave (anafilaxia) a cualquier medicamento, látex, alimentos, mascotas o insectos que requirieran el uso o tratamiento con epinefrina o un EpiPen? Indique las alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Está inmunocomprometido o está recibiendo terapia inmunosupresora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o esta tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Para las mujeres: ¿Está embarazada o amamantando? Por favor circule uno (no contraindicado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lea y Firme:

Por la presente reconozco que he recibido la hoja informativa de la vacuna de Autorización de Uso de Emergencia y el Aviso de Prácticas de Información De Salud. He tenido la oportunidad de hacer preguntas para que me administren la vacuna a mí o a la persona nombrada anteriormente, para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Estoy de acuerdo en permitir que mi información de inmunización sea almacenada y se pueda acceder por usuarios autorizados en "Nevada's Web IZ". También doy permiso que se me realice un análisis de mi sangre o de la persona mencionada anteriormente, para quien estoy autorizado para hacer esta petición, para detectar bacterias y virus transmitidos por la sangre que puedan resultar en una enfermedad en caso de que una persona sea expuesta a mi sangre o fluidos corporales, o a los de la persona mencionada anteriormente. Al firmar este documento, declaro que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma: X _____ Fecha: _____

Se requiere la firma del padre o tutor legal si es menor de 18 años de edad

A Continuación, Es Para Uso Clínico Solamente

VACCINE	CVX	CPT	DATE GIVEN	LOT #	EXP. DATE	RT	SITE	DOSE	CLINIC	ADMINISTERED BY	FACT SHEET DATE
Pfizer (PFR)	208	91300				IM	LD RD	0.3 mL	WCHD		12/2020
Moderna (MOD)	207	91301				IM	LD RD	0.5 mL	WCHD		12/2020
Janssen (JAN)	212	91303				IM	LD RD	0.5 mL	WCHD		02/2021

WebIZ # _____ Patagonia # _____ Demo/Ins By: _____ IZ By: _____ Scanned By: _____

Cuestionario Para Quien Reciba La Vacuna COVID-19

¿Qué dosis está recibiendo hoy?

- 1^{ra} Dosis
 - 2^{da} Dosis
-

¿Cuál de las siguientes opciones mejor describe su grupo étnico?

- Hispano o Latino
 - No Hispano o No latino
 - Desconocido o Prefiero No Contestar
-

¿Cuál de las siguientes opciones mejor describe su raza? (Marque todo lo que corresponda)

- Asiático
 - Negro
 - Nativo de Hawái o Isleño del Pacifico
 - Blanco
 - Indio Americano o Nativo de Alaska
 - Otras o múltiples razas
 - Desconocido o Prefiero No Contestar
-

¿Qué grupo de elegibilidad para la vacuna lo describe mejor? **POR FAVOR SELECCIONE UNO DE LOS SIGUIENTES.**

Fuerza Laboral de Atención Médica de Primera Línea

- Personal de Atención Médica de Primera Línea en un Entorno Hospitalario de Cuidados Intensivos
- Personal de Atención Médica en un Centro de Cuidados a Largo Plazo
- Personal de Atención Médica de Primera Línea en un Entorno Hospitalario Psiquiátrico o De Abuso de Sustancias
- Personal del Servicio Médico de Emergencia
- Personal de la Salud Pública de Primera Línea
- Trabajadores de Laboratorio
- Farmacéuticos/Técnicos de Farmacia
- Personal de Atención Médica Para Pacientes Ambulatorios (incluye toda la salud física, salud mental, laboral, terapia del habla, audiolología, planificación familiar, tratamiento por abuso de sustancias, diálisis, banco de sangre y órganos, odontología, optometría, podología, atención ambulatoria independiente o de emergencia, diagnóstico por imágenes e instalaciones u oficinas quiroprácticas)
- Personal de Atención Médica Domiciliaria
- Voluntarios de Atención Médica de Primera Línea (por ejemplo, POD/SERV NV)

Población General No Laboral – Vacunada Simultáneamente Con Grupos Laborales

- Residente de Un Centro de Atención a Largo Plazo
- Personas mayores de 70 años
- Personas de 65 a 69 años
- Personas de 19 a 64 años con las siguientes condiciones de salud subyacente:
 - Personas con Cáncer
 - Personas con Enfermedad Renal Crónica
 - Personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Fibrosis Pulmonar y Otras Enfermedades Pulmonares Crónicas
 - Personas con Síndrome de Down
 - Personas con Enfermedades Cardíacas Graves (como insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias o miocardiopatías)
 - Personas con Estado Inmunodeprimido Por Trasplante de Órganos Sólidos
 - Personas con Obesidad (IMC 30 o más)
 - Personas que están Embarazadas
 - Personas con Anemia de Células Falciformes
 - Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2
 - Personas con Otras Condiciones Pre-Existentes
- Personas con Discapacidad
- Personas Sin Hogar

Seguridad y Protección Pública

- Departamento de Correccionales de Nevada/Centro de Detención de Menores
- Personal de La Ley de Primera Línea/Personal de Seguridad Pública (incluye departamentos de policía, oficinas del alguacil y patrulla de carreteras de NV)
- Personal Desplegado y de Misión Crítica
- Personal del Centro de Operaciones de Emergencia del Estado
- Otro Personal de Seguridad Pública de Primera Línea

Apoyo Comunitario de Primera Línea

- Personal de Educación Primaria y Secundaria de Primera Línea
- Personal de Cuidado Infantil
- Personal de Primera Línea de Educación Superior/Personal de Educación Postsecundaria
- Personal de Apoyo Comunitario de Primera Línea (incluye trabajadores de primera línea que apoyan alimentos, refugio, tribunales/servicios sociales legales y de primera línea u otras necesidades de la vida para personas/grupos necesitados, personal de respuesta a COVID-19 y veterinarios y su personal)
- Personal Gubernamental Estatal y Local de Primera Línea
- Personal Esencial de Transporte Público (incluye el sistema de transporte público local y estatal, servicios de taxi y viajes compartidos y otros trabajadores del servicio de transporte terrestre)
- Personal Esencial Restante de la Salud Pública
- Servicio Mortuorio

Cadena de Suministros y Logística de Primera Línea

- Personal de Agricultura y Procesamiento de Alimentos
- Personal de la Cadena de Suministro de Bienes Esenciales de Extremo a Extremo (incluye trabajadores de fabricación, almacén, procesamiento, empaque, almacenamiento, distribución, y trabajadores de envío y de alimentos y bebidas para humanos o mascotas en tiendas de mascotas, supermercados, farmacias, tiendas de conveniencia y clientes minoristas o soporte de TI necesario para pedidos en línea, recolección y/o entrega)
- Personal de Servicios Públicos y Comunicaciones
- Personal del Departamento de Transporte de Nevada/Personal Local de Trabajo en las Carreteras (incluye CDL, limpieza de calles, arado de nieve, capacitación del distrito, control de seguridad/pérdidas y trabajadores de emergencia o incidentes de tráfico)
- Personal de Operación del Aeropuerto (incluye trabajadores que apoyan el transporte aéreo de carga y pasajeros, incluida la operación, distribución, mantenimiento y saneamiento)
- Otro Personal de Transporte Esencial

Industria de Servicios y Comercio de Primera Línea

- Trabajadores de Servicios de Comida y Hotelaría (incluye trabajadores de restaurante, servicio rápido, comida para llevar, entrega de comida y cafetería y empleados de primera línea de casinos y centros turísticos que no están en el servicio de comidas y que tienen una interacción prolongada/sostenida con el cliente)
- Trabajadores de Productos y Servicios de Higiene (incluye trabajadores que producen productos de higiene o proporcionan artículos personales y domésticos, reparación o mantenimiento o lavandería, limpieza, control de plagas u otros servicios esenciales requeridos en la higienización del hogar)
- Fuerza Laboral de la Institución de Crédito de Depósito (incluye a los trabajadores necesarios para proporcionar, procesar y mantener sistemas financieros, de seguros o de préstamos, transacciones y servicios)

Infraestructura de Primera Línea

- Trabajadores de Construcción de Refugios y Viviendas (incluye trabajadores que realizan construcción residencial y comercial, inspección, permisos, revisión de planos, HVAC, jardinería, electricidad, plomería, servicio de ascensores/escaleras, contratación y otros proveedores de servicios)
- Trabajadores Esenciales de Operaciones Mineras

Otra Fuerza Laboral Esencial

- Personal Administrativo de Apoyo a la Comunidad (incluye la oficina de servicio estatal, personal administrativo y otro personal de apoyo que puede y ha estado trabajando desde casa)
- Estudiantes Universitarios Que Viven en el Campus en Entornos Residenciales Patrocinados
- Personal Restante de NSHE