

# Resultado de Evaluación de salud pre-vacuna

## Triaje

### Pregunta

### Respuesta

En las últimas dos semanas, ¿Has dado positivo en COVID-19 o actualmente está siendo monitoreado por COVID-19?

**Si****No**

En las últimas dos semanas, ¿Has tenido contacto con alguien que dio positivo en COVID-19? ¿Está en cuarentena?

**Si****No**

¿Tiene actualmente o has tenido en los últimos 14 días fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, falta de aire, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida de gusto y del olfato, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea?, ¿Ha recibido plasma de paciente convaleciente?

**Si****No**

¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, vacuna o al látex?

**Si****No**

¿Tiene alguna enfermedad crónica?

**Si****No**

¿Tienes leucemia, cáncer o alguna otra enfermedad que afecte la efectividad de la vacuna?

**Si****No**

¿Ha recibido algún tratamiento continuo en los últimos 15 días o transfusiones de sangre o derivados en los últimos 6 meses?

**Si****No**

---

¿Convive con personas de edad avanzada o alguna persona con cáncer, trasplantes, recibe quimioterapia corticoide o alguna otra circunstancia que afecte a la inmunidad?

Si

No

**Resultado de Evaluación: DESAPROBADO**

Descarte de Covid-19: DESAPROBADO

Evaluación pre-vacunación: APROBADO