



COVID-19 Vaccine Screening Questions For Minors Without Parent/Guardian Present
Preguntas de Asesoría de COVID-19 Para Menores Sin sus Padres/Tutores Presentes

Please answer the following questions on behalf of your child if your child is coming to their vaccine appointment without a parent or guardian.

Por favor, responda las siguientes preguntas si su hijo/ja llegara a la cita de vacuna sin sus padres/tutores.

Minor Patient Name:	Minor Patient Date of Birth:	
Minor Patient Address:		
Screening Question	Yes / Sí	No / No
1. Do you give consent to receive the COVID-19 vaccine today? <i>¿Da su consentimiento para recibir la vacuna COVID-19 hoy?</i>		
2. Are you feeling sick today? <i>¿Se siente enfermo(a) hoy?</i>		
3. Have you ever received a dose of the COVID-19 vaccine? a. If yes, which vaccine did you receive and on what date? Vaccine Name: _____ Date: _____ <i>¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19?</i> a. Nombre de la Vacuna: _____ Fecha: _____		
4. Are you immunocompromised or taking medications that affect your immune system? a. If yes, please explain and list medications: _____ _____ <i>¿Está inmunocomprometidos o tomando medicamentos que afectan su sistema inmunitario?</i> a. Si la respuesta es SI, explique y liste las medicaciones: _____ _____		
5. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to anything? a. If yes, please explain: : _____ _____ <i>¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo?</i> a. Si la respuesta es SI, explique: _____ _____		
6. Have you received antibody therapy as treatment for COVID-19 in the past 90 days? <i>¿Ha recibido terapia con anticuerpos como tratamiento para COVID-19 en los últimos 90 días?</i>		