



**Este cuestionario está diseñado para recopilar información sobre su preparación para la vacunación COVID-19 y ofrecer orientación e instrucción para garantizar su seguridad**

---

- 1) ¿Vive o trabaja en el Distrito de Columbia?  
Si, vivo en DC | Si, trabajo en DC | No
- 2) 2) Si trabaja en DC, ¿debe presentarse para trabajar en persona? Si o No  
2a) Si trabaja en DC, ¿trabaja en una de las siguientes configuraciones?

Atención médica (incluye la atención médica \ veterinaria) | Supermercados  
| Envasado y distribución de alimentos | Manufactura | Trabajadores de extensión en servicios sanitarios, humanos o sociales | Educación (K-12) | Cuidado infantil | Policía/Seguridad pública  
| Establecimiento penitenciario/Centro de detención | Tribunales y servicios legales | Servicio de alimentos | Transporte público (masivo) | Servicio postal de EE. UU. | Agencia gubernamental local | Agencia gubernamental federal | Servicios de transporte no público (es decir, vehículos con conductor como taxis, Uber o Lyft) | Logística/Servicios de entrega (p. ej. UPS o FedEx) | Construcción | Institución de enseñanza superior (es decir, establecimientos de educación superior, universidades y establecimientos de formación profesional) | Tecnología de la información | Medios de comunicación masivos | Obras y servicios públicos. | No

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador Calle, Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

---

- 3) ¿Alguna vez experimentó una reacción grave a una vacuna? Si o No
- 4) ¿Esta será su primera dosis de la vacuna contra COVID-19/Coronavirus? Si o No
- 5) ¿Su proveedor de atención médica le ha diagnosticado una de las siguientes afecciones médicas? Sí o No (no indique qué condición de salud)
- |                                                                                                      |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| • Asma                                                                                               | • VIH                                           |
| • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otras enfermedades pulmonares crónicas            | • Hipertensión                                  |
| • Trasplante de médula ósea y de órganos sólidos                                                     | • Estado inmunocomprometido                     |
| • Cáncer                                                                                             | • Trastornos metabólicos hereditarios           |
| • Enfermedad cerebrovascular                                                                         | • Discapacidades intelectuales y del desarrollo |
| • Enfermedad renal crónica                                                                           | • Enfermedad hepática                           |
| • Cardiopatía congénita                                                                              | • Trastornos neurológicos                       |
| • Diabetes mellitus                                                                                  | • Obesidad (IMC de 30 kg/m2 o más)              |
| • Afecciones cardíacas, como insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial coronaria o cardiomiopatías | • Embarazo                                      |
|                                                                                                      | • Trastornos genéticos graves                   |
|                                                                                                      | • Anemia de células falciformes                 |
|                                                                                                      | • Talasemia                                     |



5) ¿Tiene preferencia por alguna de las vacunas contra COVID-19/Coronavirus?  
Sin preferencias b. Pfizer c. Moderna d. Johnson & Johnson

**Información de contacto e información demográfica**

Dirección n.º 1, Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apartamento, habitación, número de unidad: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Género: Masculino | Femenino | No binario | Otro

Raza: Negro o afroamericano | Blanco | Asiático | Indio americano o nativo de Alaska | Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico | Prefiero no responder | Otra raza

Si seleccionó "Otra raza", especifique: \_\_\_\_\_

Describe su etnia: Hispano o Latino | Ni hispano ni latino | Prefiero no decirlo

Indique su fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Communication: The following is how DC Health will let you know when it's time to book!*

- No tengo una dirección de correo electrónico. [ ]
- ¿Necesita que le llamemos cuando sea el momento de reservar su cita? Si o No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de celular (pueden aplicar cargos estándar): \_\_\_\_\_

¿Qué idioma prefiere que usemos cuando nos comuniquemos con usted?  
Español | Amheric | Chinese – Mandarin | Ingles | French | Korean | Vietnamese

Contacto secundario – Indique una dirección de correo electrónico secundaria de la persona que podría recibir una copia de todas las comunicaciones que tengamos con usted.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_