

N.º de ID de cliente _____

Fecha de administración: _____

SUPLEMENTO DE COVID-19

AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE O ADMINISTRADO POR EL PROFESIONAL CLÍNICO

- 1. ¿Alguna vez ha recibido un resultado positivo de una prueba de COVID-19 (ya sea a través de una prueba autoadministrada en el hogar o una prueba administrada por otra persona)?**
 - Sí
 - No
 - No sé

- 2. ¿Recibió una vacuna contra el COVID-19?**
 - Sí, he recibido una o las dos vacunas contra el COVID-19
 - No
 - No sé

- 3. ¿Recibió una vacuna de refuerzo contra el COVID-19?**
 - No, no he recibido ninguna vacuna de refuerzo contra el COVID-19
 - Sí, he recibido una o más vacunas de refuerzo contra el COVID-19
 - No sé