

N.º de ID de cliente \_\_\_\_\_

Fecha de administración: \_\_\_\_\_

## SUPLEMENTO DE COVID-19

AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE O ADMINISTRADO POR EL PROFESIONAL CLÍNICO

1. **Desde la última evaluación, ¿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. **Desde la última evaluación, ¿ha recibido una vacuna contra el COVID-19?**
  - Sí, he recibido una o las dos vacunas contra el COVID-19
  - No
  - No sé
  
3. **Desde la última evaluación, ¿ha recibido 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