



**RED CAP Agregado COVID-19 de informe de administración de vacuna**

*Por favor complete la fecha correspondiente*

**Dosis #1** Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

**Dosis #2** Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

**Etnicidad**

*Por favor, marque todas las casillas que apliquen*

- Hispano o latino
- No hispano o no latino
- Desconocido – Hispano o Latino o No Hispano o No Latino

**Raza**

*Por favor, marque todas las casillas que apliquen*

- Asiático
- Afroamericana
- Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico
- Caucásica
- India Americana
- Otro o Mixto

**Población General**

*Por favor, marque las casillas correspondientes*

- Residente de una centro de atención a largo plazo
- 70 años o más
- 65-69 años de edad
- 19-64 años de edad

**Condiciones de salud subyacentes**

*Por favor, marque todas las condiciones de salud subyacentes aplicable:*

- Adultos Sanos
- Cáncer
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Fibrosis Pulmonar y otras enfermedades pulmonares crónicas
- Síndrome de Down
- Afecciones cardíacas graves (como insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias Coronarias o miocardiopatías)
- Trasplante de órgano
- Obesidad (IMC 30 o superior)
- Embarazada
- Enfermedad de células falciformes
- Diabetes
- Otras condiciones preexistentes