

23. ¿Tiene historia de reacciones alérgicas a dosis previas de la misma vacuna?

☐ si ☒ no ☐ no sabe ☐ NA

24. ¿Tiene antecedente de diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 antes de la vacunación?

☐ si
☒ no → pase a pregunta 29
☐ no sabe → pase a pregunta 29

25. ¿Asintomática? ☐ si → pase a pregunta 27
☐ no ☐ no sabe

26. Fecha de inicio de síntomas:

27. ¿Cómo se confirmó el diagnóstico de la infección?

☐ Solo por las manifestaciones clínicas ☐ Por inmunoensayos ☐ Por pruebas moleculares
☐ Otro

Explique:

28. Fecha de toma de la muestra para la prueba confirmatoria: dd/mm/aaaa

29. Antecedentes farmacológicos (indique todos los medicamentos que estuviera tomando en el momento de la vacunación)

Medicamento	Presentación	Dosis	Vía de administración	Fecha de inicio
Acetaminofen	120mg/5ml	5ml	Vía oral	dd/mm/aaaa 23/07/25
				dd/mm/aaaa
				dd/mm/aaaa
				dd/mm/aaaa
				dd/mm/aaaa

Si es mujer entre 15 a 49 años o se sospecha que está en embarazo:

30. ¿Se encontraba en embarazo en el momento del inicio del ESAVI?

☐ si, semanas de gestación: ☐ no ☐ se desconoce

Fecha probable de parto: dd/mm/aaaa

31. ¿Alguna complicación del embarazo, parto, puerperio, neonatal o anomalía congénita?: ☐ si ☐ no

Diagnóstico de la complicación:

Describe la complicación:

32. Una vez se identificó que había sido vacunada en el embarazo, ¿se inició monitoreo por un establecimiento de salud?

☐ si ☐ no ☐ no sabe