

Candidatos vacuna COVID-19

Éste es un cuestionario que nos ayudará a saber si usted es un potencial candidato para participar en uno de los protocolos de investigación para vacunas contra SARS-CoV-2, el virus que causa COVID-19.

* Sus datos personales serán utilizados para fines de este protocolo y poder mantener la comunicación

**La información de este cuestionario es confidencial y sólo la conocerán los investigadores del protocolo.

En caso de tener alguna duda con el llenado del cuestionario, favor de marcar al siguiente número 5556559675 Ext 116 a 118. Horario de servicio de Lunes a Viernes de 9:00 a.m a 1 p.m.

* Nombre(s)

* Apellido paterno

* Apellido materno

* Correo electrónico

Número de celular (10 dígitos)

Type a number

* Edad en años

*Sólo anotar el número (ejemplo 32)

Type a number

* Peso en kilogramos

*Sólo anotar el número (ejemplo 68)

Type a number

* Estatura en metros

*Sólo anotar el número (ejemplo 1.70)

Type a number

* Género

--

* ¿Vive usted en la Ciudad de México?

--

* ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a otras vacunas?

*Ejemplos: ronchas en todo el cuerpo, garganta cerrada, lengua hinchada, necesidad de intubar

--

* ¿Algún médico le ha diagnosticado infección por SARS-CoV-2 (COVID-19)?

--

* ¿Algún médico le ha diagnosticado alguna enfermedad de las siguientes?

* Diabetes, hipertensión, enfermedad del corazón,

 

* ¿Algún médico le ha dicho que padezca alguna enfermedad de las siguientes?

* Enfermedades autoinmunes (ej. lupus, hepatitis autoinmune), enfermedades del sistema inmunológico que provoquen defensas bajas (cáncer, VIH) o enfermedades de la coagulación

 

* ¿Algún médico le ha dicho que padece alguna enfermedad psiquiátrica?

*Ejemplos: depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar

 

* ¿Padece usted infección por virus de hepatitis B o hepatitis C?

 

* ¿Alguna vez le han hecho el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré?

 

* ¿Toma usted medicamentos que contengan esteroides?

*Ejemplos: prednisona, dexametasona, prednisolona, betametasona

 

* ¿Ha recibido quimioterapia, radioterapia o algún otro medicamento que se use para el cáncer en los últimos 6 meses?

 

* ¿Ha recibido alguna transfusión en los últimos 4 meses?

*Ejemplos: sangre, plaquetas, plasma, inmunoglobulina

 

* ¿Le han puesto alguna vacuna en los últimos 28 días?

 

¿Cuál vacuna le pusieron?

 

* ¿Le han puesto alguna vacuna contra coronavirus en algún momento de su vida?

 

* ¿Ha participado en algún protocolo de investigación médica en los últimos 30 días?

 

* ¿Ha participado en algún protocolo de vacuna en los últimos 6 meses?

 