

YO SOY SORDO O TENGO DIFICULTADES DE AUDICIÓN O SOY SORDOCIEGO



Estoy usando esta tarjeta para comunicarme.



Tengo una acomodación programada o necesito servicios de:

- Interpréte de senas de lenguaje americano
- Interpretación de video remoto
- Servicios de subtítulo CART



Favor de hablar cerca del teléfono. Lo estoy usando para entenderte.



Favor de escribir lo que me estás diciendo.

Nombre de paciente:

Fecha de nacimiento:



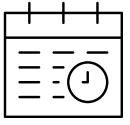
SI



NO



NO ESTOY
SEGURA(O)



¿Tienes cita?



¿Estás enferma(o) hoy?



¿Has recibido la primera dosis de la vacuna de COVID 19?



Pfizer Moderna Johnson&Johnson Otro



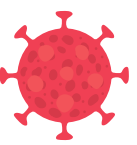
Tiene alergia severa a lo siguiente:



Comida Mascotas Medicamentos Vacunas
Otro ¿Necesita un lapicero EpiPen?



¿Has recibido otras vacunas en los últimos catorce días?



¿Has sido positivo anteriormente de COVID-19?



¿Has recibido terapia de anticuerpos de COVID-19?



¿Tienes VIH, cáncer o estás tomando medicamentos de inmunosupresores?



¿Tienes desorden sanguíneo o estás tomando anticoagulantes?



¿Estas embarazada o amamantando?



Recurso: Centro para el control y la prevención de enfermedades CDC

CONTACTENOS:

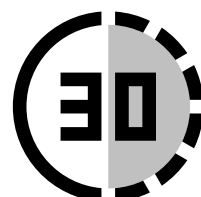
WWW.ACDHH.ORG INFO@ACDHH.AZ.GOV
(602) 542-3323 V (480) 559-9441 VP



¿Tienes tu tarjeta de vacunación?



Favor de quedarse y esperar por 15 o 30 minutos



¿Tienes algunos efectos secundarios?



Fiebre



Escalofrios/Dolorido



Dolor de cabeza



Fatiga



Dolor/hinchazon

¿Te sientes bien?



Notas: