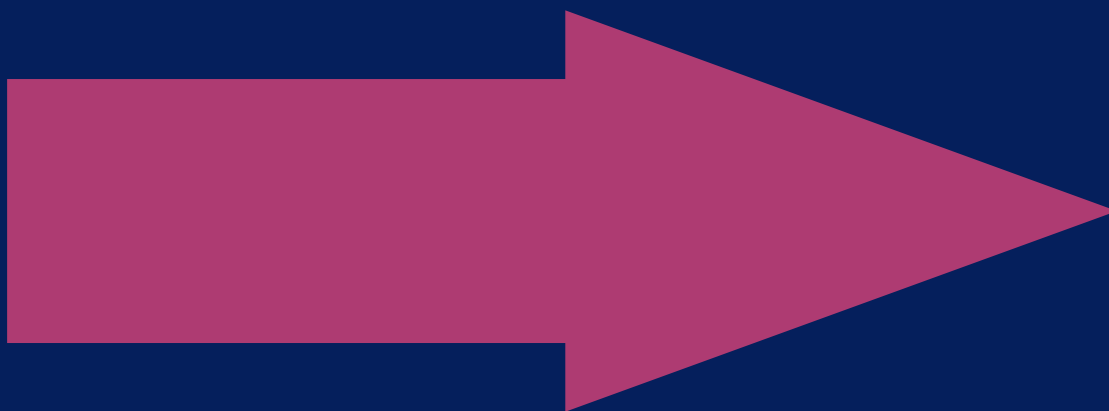


# CLÍNICA DE VACUNACIÓN

---

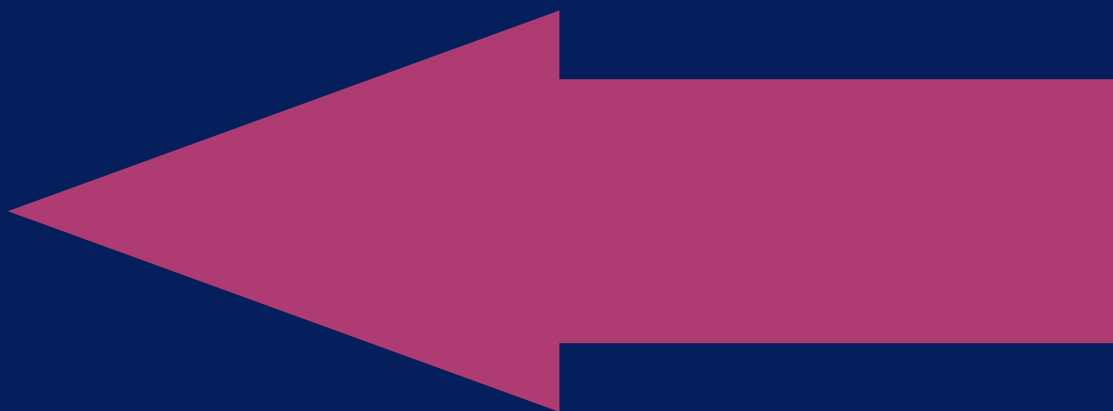
# CITA SOLAMENTE



# CLÍNICA DE VACUNACIÓN

---

# CITA SOLAMENTE



# ÁREA DE REGISTRO



# ZONA DE VACUNACIÓN



# ÁREA DE OBSERVACIÓN

**Informe al personal si después de la vacuna experimenta los siguientes síntomas:**

**Dificultad para respirar, dolor, enrojecimiento o picazón, hinchazón en el brazo donde recibió la vacuna inyectable, sarpullido, ronchas en la piel, fiebre, escalofríos, fatiga, cansancio, dolor muscular o dolor de cabeza.**



# VACUNACIÓN ESTACIONAMIENTO



**Por favor,  
manténgase a  
6 pies de  
distancia de  
los demás.**



**Las personas con COVID-19 han informado una variedad de síntomas desde leves a graves. Estos síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus.**

**POR FAVOR, SI RESPONDE SÍ A ALGUNA DE ESTAS PREGUNTAS, HÁGALE SABER AL PERSONAL EXAMINADOR.**

**1. ¿Ha estado expuesto en las últimas dos (2) semanas a alguien con COVID-19?**

**2. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?**

- Fiebre
- Tos
- Dificultad para respirar o sentir que le falta el aire
- Escalofríos
- Fatiga
- Temblor en el cuerpo o escalofríos en repetidas ocasiones
- Dolor muscular
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Pérdida reciente del gusto o el olfato
- Náuseas o vómitos
- Diarrea
- Dolor persistente o presión en el pecho





