**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**Informe de vacunación contra COVID-19**

§코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다.

§He recibido suficiente información sobre la vacuna contra COVID-19 y sus posibles reacciones adversas, y doy mi consentimiento para recibir la vacuna si así lo permiten los resultados de mi examen médico.

**☐****동의 ☐동의안함**

**☐ Estoy de acuerdo ☐ No estoy de acuerdo**

§코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

§Si da su consentimiento para recibir la vacuna contra COVID-19, por favor, lea las siguientes preguntas y complete el formulario para garantizar una vacunación segura (o solicite la ayuda de su representante o tutor legal).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 성명  Nombre | | |  | | | 주민등록번호  (외국인등록번호)  Nº de registro de residente  (o de extranjero) | - (☐남 ☐여)  - (☐H ☐M) | |
| 전화번호  Teléfono | | | (집)  (휴대전화)  (Casa)  (Celular) | | | | | |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항**  **Consentimiento para el uso de datos personales con fines de vacunación** | | | | | | | | **본인 (법정대리인,** **보호자) 확인☑**  **Confirmación (del interesado o su representante/**  **tutor legal)☑** |
| 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.  La información personal y delicada se recopila de conformidad con el artículo 33.4 de la Ley de Control y Prevención de Enfermedades Infecciosas y el artículo 32.3 de su Decreto de Aplicación. La recolección de datos adicionales se hace de la siguiente forma:  ▪개인정보 수집· 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등  ▪ Propósito: notificar al paciente sobre la segunda dosis de la vacuna, la finalización del proceso, reacciones adversas tras la inoculación, etc.  ▪개인정보 수집· 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)  ▪ Información personal recolectada: Datos personales (información delicada, incluido el nº de registro de residente o extranjero) e información de contacto (teléfono fijo/celular)  ▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년  ▪ Período de retención: 5 años | | | | | | | | |
| 1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.  1. Estoy de acuerdo en que se revise mi historial en el “Sistema de Gestión de Vacunación contra COVID-19” antes del procedimiento.  \*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.  \*Rehusarse a la verificación preliminar de los registros de vacunación, podría conducir a la administración de inyecciones innecesarias o duplicadas | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Sí ☐ No |
| 2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.  2. Estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto con notificaciones sobre la vacunación contra COVID-19, incluidos aquellos relacionados con la segunda dosis y la finalización del proceso.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \*Si no da su consentimiento, no podrá recibir la información pertinente. | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Sí ☐ No |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.  3. Estoy de acuerdo en recibir notificaciones relacionadas con la aparición de reacciones adversas causadas por la vacuna contra COVID-19.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \*Si no da su consentimiento, no podrá recibir la información pertinente. | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Sí ☐ No |
| **접종대상자에 대한 확인사항**  **Confirmación del paciente** | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑**  **Confirmación (del interesado o su representante/tutor legal)☑** |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까?  (Para mujeres) ¿Está embarazada? | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Sí ☐ No |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.  ( )  ¿Se siente particularmente enfermo el día de hoy? De ser así, escriba sus síntomas.  ( ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Sí ☐ No |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.  ( 년 월 일)  ¿Se ha sometido a una prueba de COVID-19? De ser así, escriba la fecha de la prueba.  ( año / mes / día ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Sí ☐ No |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?  ¿Ha recibido alguna vacuna (además de la de COVID-19) en los últimos 14 días? | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Sí ☐ No |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? **☞’아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로**  있다면 접종일을 적어주십시오.  (접종일: 년 월 일)  ¿Ha recibido la vacuna de COVID-19? **☞De no ser así, avance al número ⑥.**  Si ya recibió la vacuna, escriba la fecha de vacunación.  ( año / mes / día ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Sí ☐ No |
| ⑤-1 코로나19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까?  (중증 알레르기 반응이 나타난 백신 종류: )  ¿Recibió tratamiento para alguna reacción alérgica grave tras la administración de la vacuna contra COVID-19 (shock anafiláctico, dificultad para respirar, pérdida del conocimiento, edema en labios/boca, etc.)?  (Vacunas que causó la reacción alérgica grave: ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Sí ☐ No |
| ⑥이전에 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어 주십시오.  ( )  ¿Ha recibido tratamiento para reacciones alérgicas graves (shock anafiláctico, dificultad para respirar, pérdida del conocimiento, edema en labios/boca, etc.)? De ser así, escriba qué causó tal reacción.  ( ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Sí ☐ No |
| ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까?  있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.  ( )  ¿Sufre de algún trastorno hemostático o recibe tratamiento anticoagulante?  De ser así, escriba el tipo de enfermedad o el anticoagulante que recibe.  ( ) | | | | | | | |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계:  년 월 일  Nombre del interesado (o su representante/tutor legal): (Firma)  Relación con el paciente:  ( año / mes / día ) | | | | | | | | |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)**  **Resultados del examen (a ser llenado por el médico)** | | | | | | | | **확인☑**  **Confirmación☑** |
| 체온: ℃  Temperatura: ºC | | | | | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음  Expliqué las reacciones adversas que pueden ser causadas por la vacuna. | | | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음  Expliqué al paciente que debe permanecer en las instalaciones de 15 a 30 minutos después de la aplicación de la vacuna, para observar cualquier posible reacción adversa. | | | | | | | | ☐ |
| 예진결과  Resultados | □예방접종 가능  □ El paciente es apto para la vacunación. | | | | | | | |
| □예방접종 연기  (사유: )  □ Debe posponerse la vacunación.  (Motivo: ) | | | | | | | |
| □예방접종 금기  (사유: )  □ Se prohíbe la vacunación del paciente.  (Motivo: ) | | | | | | | |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명:  (서명)  Confirmo que yo realicé el diagnóstico anterior. Nombre del médico:  (Firma) | | | | | | | | |
| **예방접종 시행자 기록란**  **Registro de vacunación (para quien la administra)** | | | | | | | | |
| 제조회사  Fabricante | | 백신 제조 번호  Nº de serie | | 접종부위  Sitio de aplicación | | | | |
|  | |  | | □좌측 상완 □우측 상완  □ Parte superior del brazo izquierdo □ Parte superior del brazo derecho | | | | |
| 접종자 성명:  Nombre del administrador de la vacuna | | | | | | | | |