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. ☐ **동의** ☐ **동의안함**

§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. ☐ **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」제 33 조의 4 및 동법 시행령 제 32 조의 3 에 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: 5 년
▪ Período de retención: 5 años

1. 코로나 19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나 19 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. 코로나 19 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.코로나 19 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
③코로나 19 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 14 일 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
⑤코로나 19 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 코로나 19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? (중증 알레르기 반응이 나타난 백신종류:) ¿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 15~30 분간 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: (서명)
Nombre del administrador de la vacuna (Firma)