

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 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmación (del interesado o su representante/tutor legal) <input checked="" type="checkbox"/>	
<p>「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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <ul style="list-style-type: none"> 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 				

<p>1. 코로나 19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나 19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>1. Estoy de acuerdo en que se revise mi historial en el “Sistema de Gestión de Vacunación contra COVID-19” antes del procedimiento.</p> <p>*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p> <p>*Rehusarse a la verificación preliminar de los registros de vacunación, podría conducir a la administración de inyecciones innecesarias o duplicadas</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>2. 코로나 19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>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.</p> <p>*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>*Si no da su consentimiento, no podrá recibir la información pertinente.</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>3.코로나 19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>3. Estoy de acuerdo en recibir notificaciones relacionadas con la aparición de reacciones adversas causadas por la vacuna contra COVID-19.</p> <p>*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>*Si no da su consentimiento, no podrá recibir la información pertinente.</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p style="text-align: center;">접종대상자에 대한 확인사항 Confirmación del paciente</p>	<p style="text-align: center;">본인 (법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmación (del interesado o su representante/tutor legal) <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>①(여성) 현재 임신 중 입니까? (Para mujeres) ¿Está embarazada?</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. () ¿Se siente particularmente enfermo el día de hoy? De ser así, escriba sus síntomas. ()</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>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)</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>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?</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>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)</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

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:)		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿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:)		
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. ()		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmación <input checked="" type="checkbox"/>
체온: °C Temperatura: °C	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 Expliqué las reacciones adversas que pueden ser causadas por la vacuna.	<input type="checkbox"/>
‘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.		<input type="checkbox"/>
예진결과 Resultados	<input type="checkbox"/> 예방접종 가능 <input type="checkbox"/> El paciente es apto para la vacunación. <input type="checkbox"/> 예방접종 연기 (사유:) <input type="checkbox"/> Debe posponerse la vacunación. (Motivo:)	

	<input type="checkbox"/> 예방접종 금기 (사유:) <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완 <input type="checkbox"/> Parte superior del brazo izquierdo <input type="checkbox"/> Parte superior del brazo derecho
접종자 성명: Nombre del administrador de la vacuna		(서명) (Firma)