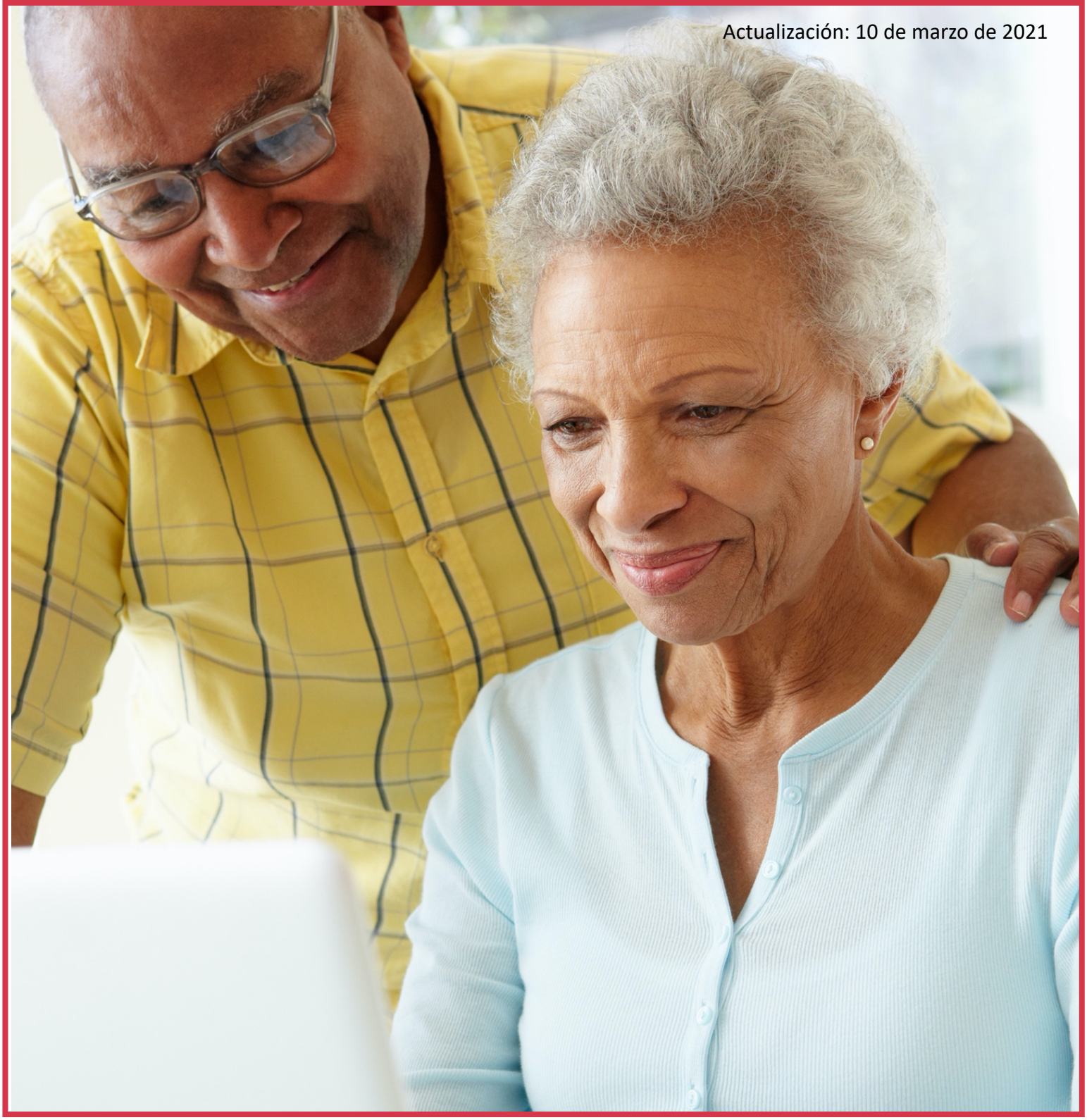
Guía para el registro anticipado de vacunación contra COVID-19/Coronavirus

Actualización: 10 de marzo de 2021



vaccinate.dc.gov
v.03/09/2021

DC HEALTH GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

DACL LIVE BOLDLY

octo office of the chief technology officer

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA MURIEL BOWSER, MAYOR

Guía para el registro anticipado de vacunación contra COVID-19/Coronavirus

El Departamento de Salud del Distrito de Columbia (DC Health, en inglés) sigue avanzando con la planificación de la distribución de vacunas contra COVID-19/Coronavirus. Estamos trabajando con el gobierno federal y colaboradores locales del Distrito para planificar la distribución de vacunas contra COVID-19/Coronavirus, a medida que las dosis estén disponibles.

Si quiere recibir la vacuna, debe registrarse de manera anticipada para obtener una cita.

Utilice esta guía como ayuda durante el proceso de registro anticipado para obtener una cita en línea.

Antes de empezar:

Please review and gather the information needed to complete your pre-registration.

Historial médico: Afecciones médicas actuales, información sobre alergias

Historial de COVID-19/Coronavirus: Infecciones, pruebas o vacunas

Información de contacto: Dirección, teléfono y/o correo electrónico

Información demográfica: Raza, etnia, género y edad

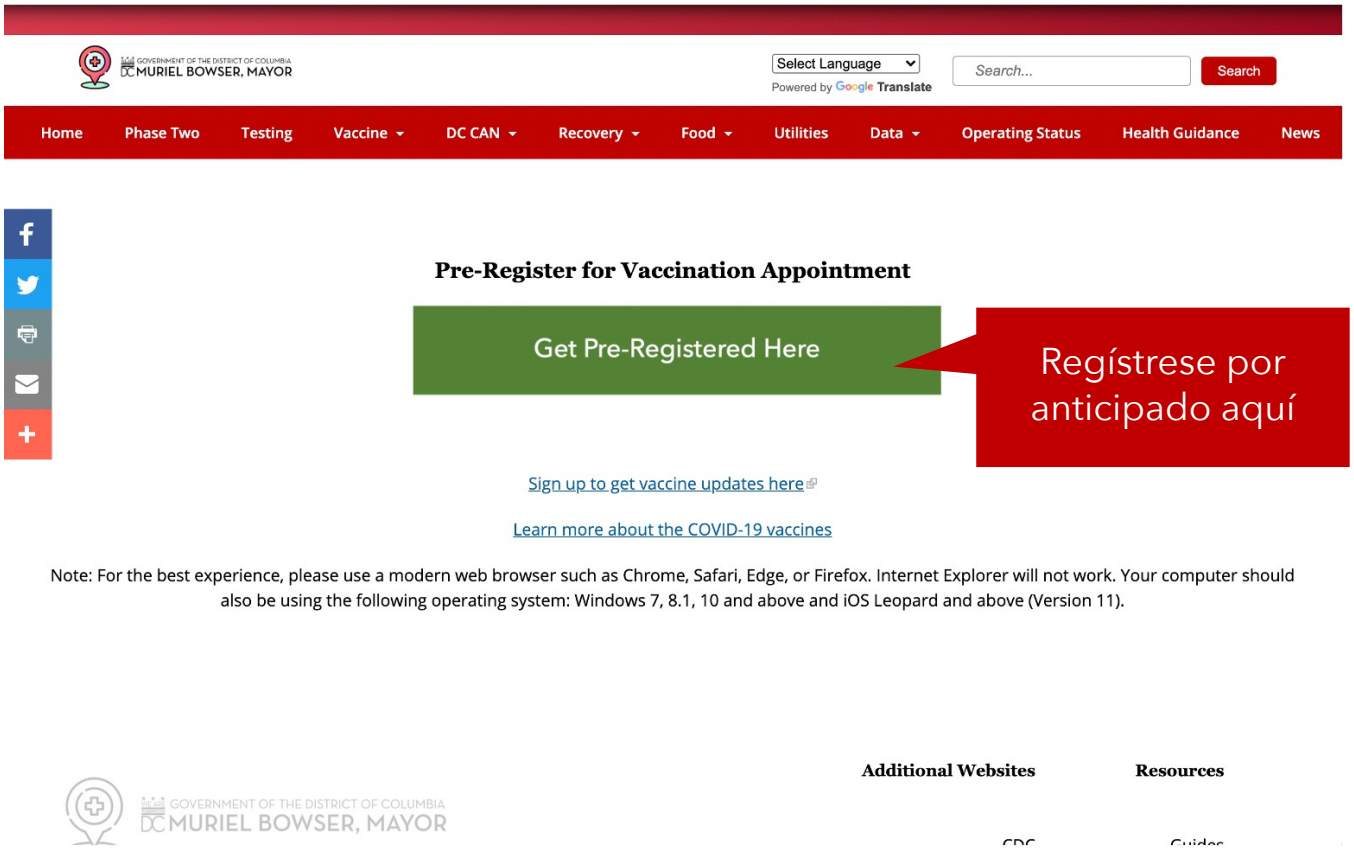
Si no puede ingresar al portal de vacunación en línea o no tiene acceso a Internet, comuníquese con la línea de atención del Distrito al **855-363-0333** para obtener ayuda con el registro de vacunación.

DC HEALTH GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
DACL LIVE BOLDLY
octo office of the chief technology officer
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA MURIEL BOWSER, MAYOR

Cómo registrarse de manera anticipada para una cita de vacunación en línea

DC | HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
DACL
LIVE BOLDLY
octo
office of the chief technology officer
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR

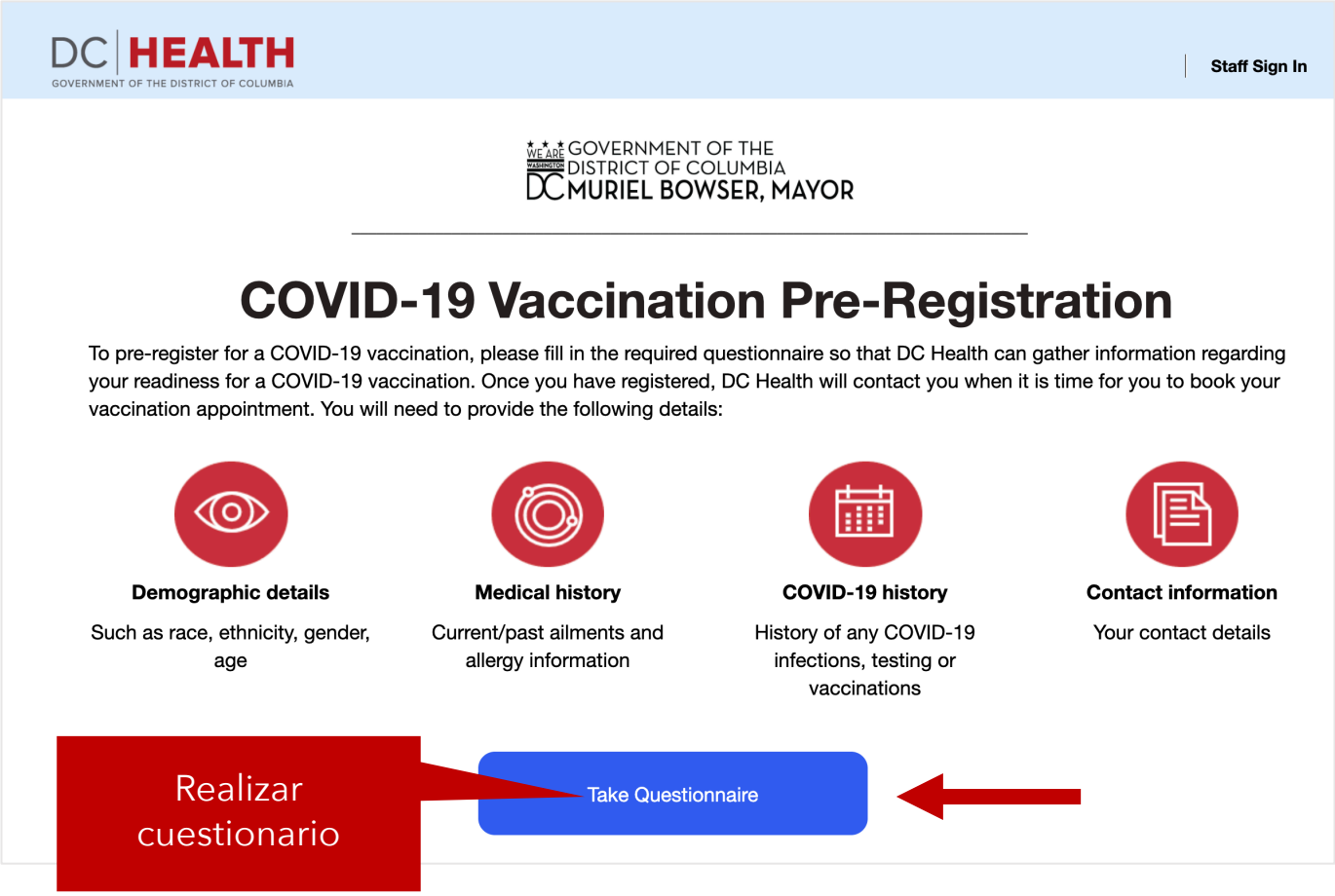
1. Ingrese en vaccinate.dc.gov y haga clic en el botón verde "Regístrese por anticipado aquí" para comenzar.



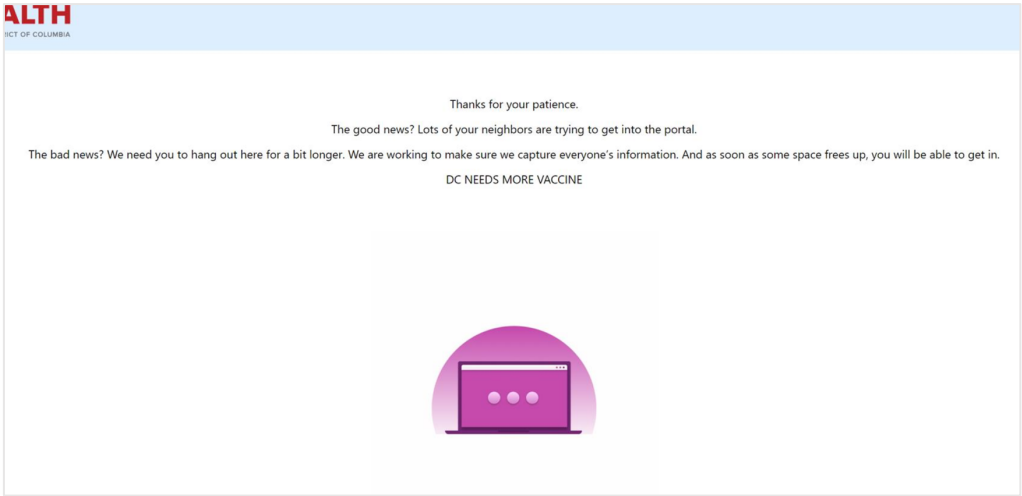
Nota: para una mejor experiencia, utilice un navegador moderno como **Chrome, Safari, Edge o Firefox. Internet Explorer no funcionará**.

Además, su computadora deberá contar con alguno de los siguientes sistemas operativos: Windows 7, 8.1, 10 y posteriores y iOS Leopard y posteriores (versión 11).

2. Usted se encuentra en el Portal de registro anticipado de vacunación contra COVID-19/Coronavirus.
Cuando esté listo, haga clic en "Realizar cuestionario".



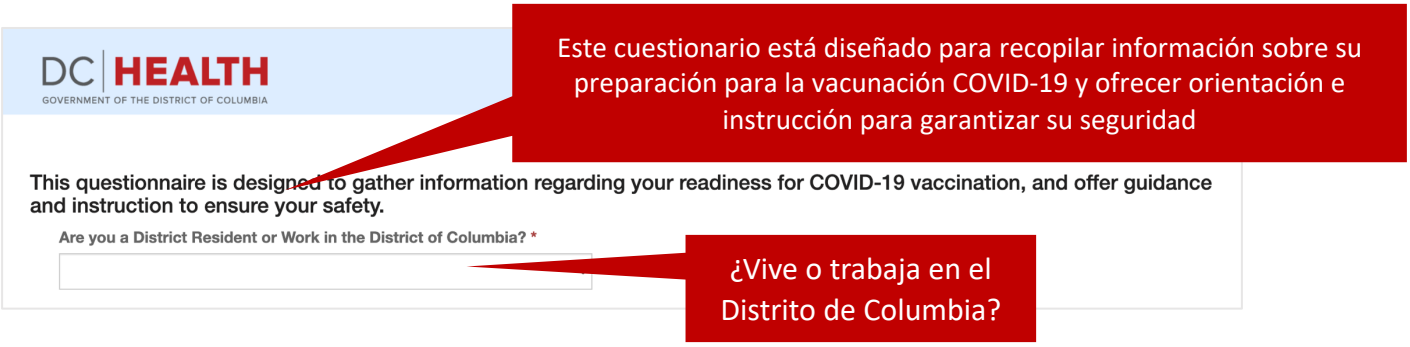
En algunos casos, si hay demasiadas personas intentando registrarse por anticipado al mismo tiempo que usted, es posible que reciba el siguiente aviso: Espere un momento, cuando haya espacio disponible podrá ingresar en el portal de registro anticipado. No salga de esta página.



3. 3. Complete todas las preguntas que tienen un asterisco rojo*.

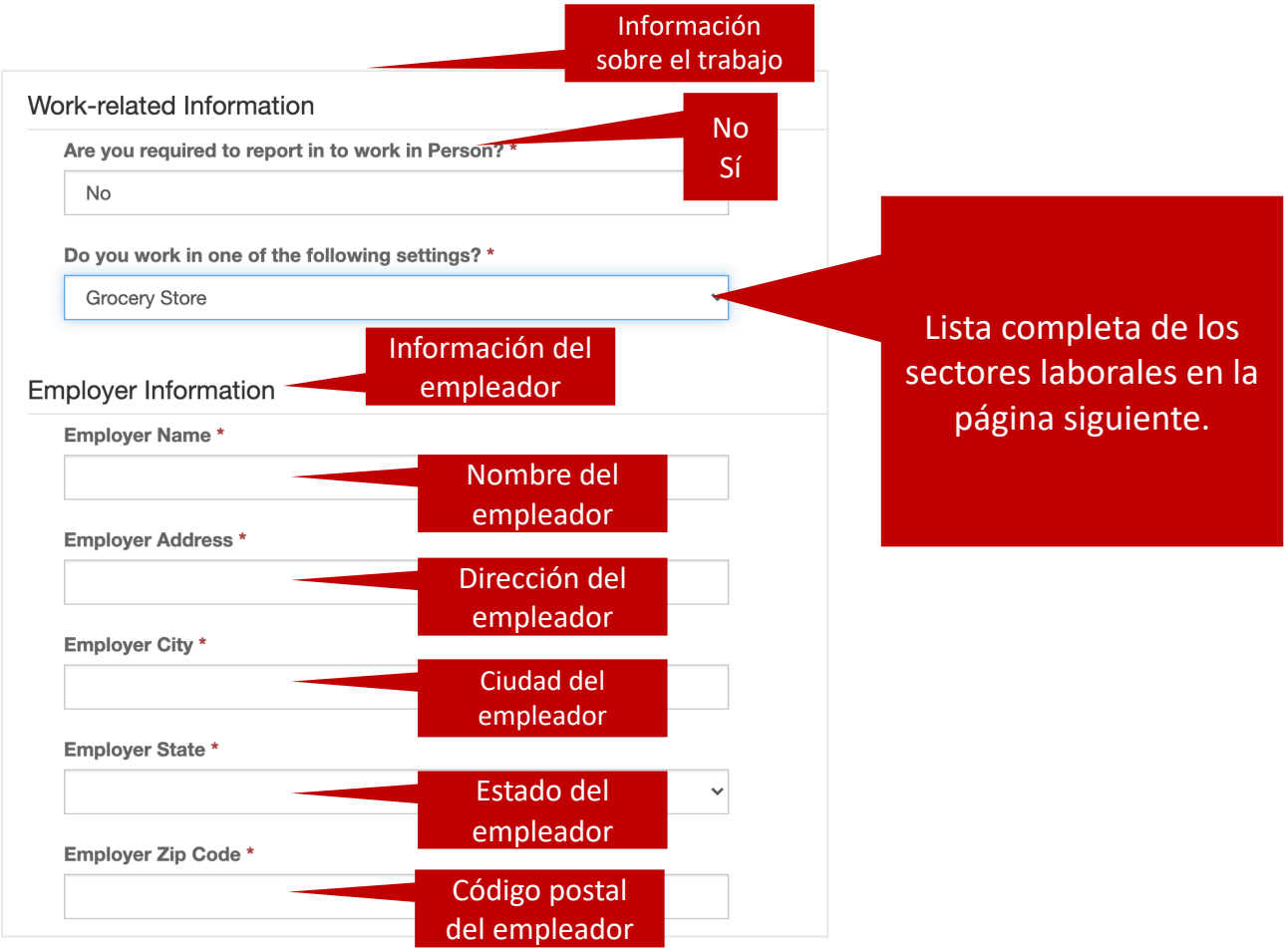
Comience por responder si es habitante o si no es habitante y trabaja en el DC.

Haga clic en la flecha (▼) que se encuentra en la parte derecha de la casilla.



A continuación, completará preguntas relacionadas con su trabajo, entre ellas el sector en el que trabaja, si en la actualidad acude al trabajo en persona, así como los datos de su empleador y la dirección de trabajo.

Tenga en cuenta que si selecciona "No, no trabajo", no tendrá que brindar los datos del empleador ni la dirección de trabajo.



Anglais	Espanol
Healthcare (to include Veterinary Care)	Atención médica (incluye la atención médica \ veterinaria)
Grocery Store	Supermercados
Food Packaging and Distribution	Envasado y distribución de alimentos
Manufacturing	Manufactura
Outreach workers in health, human, or social services	Trabajadores de extensión en servicios sanitarios, humanos o sociales
K-12 Education	Educación (K-12)
Child Care	Cuidado infantil
Law Enforcement/Public Safety	Policía/Seguridad pública
Correctional Facility/Detention Center	Establecimiento penitenciario/Centro de detención
Courts and Legal Services	Tribunales y servicios legales
Food Service	Servicio de alimentos
Public (Mass) Transit	Transporte público (masivo)
US Postal Service	Servicio postal de EE. UU.
Local Government Agency	Agencia gubernamental local
Federal Government Agency	Agencia gubernamental federal
Non-Public Transit Transportation Services (i.e. For-Hire Vehicles such as Taxi, Uber, Lyft)	Servicios de transporte no público (es decir, vehículos con conductor como taxis, Uber o Lyft)
Logistics/Delivery Services (i.e. UPS, FedEx)	Logística/Servicios de entrega (p. ej. UPS o FedEx)
Construction	Construcción
Institution of Higher Education (i.e. colleges, universities, trade schools)	Institución de enseñanza superior (es decir, establecimientos de educación superior, universidades y establecimientos de formación profesional)
Information Technology	Tecnología de la información
Media and Mass Communications	Medios de comunicación masivos
Public Works and Public Utilities	Obras y servicios públicos.
No, I do not	No

4. A continuación, brindará información médica para asegurarse de que puede recibir la vacuna de forma segura. Se le preguntará si alguna vez se ha enfermado al recibir una vacuna y si esta es su primera dosis de la vacuna contra COVID-19/Coronavirus.

   A continuación, revise la lista de afecciones médicas. Si ve su afección en la lista, seleccione "Sí".

Medical & Preference Information

Have you had any severe reaction to a vaccine before?
◉ No ○ Yes

¿Alguna vez experimentó una reacción grave a una vacuna?

Will this be your first COVID-19 vaccine dose?
○ No ◉ Yes

¿Esta será su primera dosis de la vacuna contra COVID-19/Coronavirus?

Have you been diagnosed with one of the following medical conditio by your healthcare provider?

¿Su proveedor de atención médica le diagnosticó alguna de las siguientes afecciones médicas?

- Asthma
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), and other Chronic Lung Disease
- Bone Marrow and Solid Organ Transplantation
- Cancer
- Cerebrovascular Disease
- Chronic Kidney Disease
- Congenital Heart Disease
- Diabetes Mellitus
- Heart Conditions, such as Heart Failure, Coronary Artery Disea Cardiomyopathies
- HIV
- Hypertension
- Immunocompromised State
- Inherited Metabolic Disorders
- Intellectual and Developmental Disabilities
- Liver Disease
- Neurologic Conditions
- Obesity, BMI ≥ 30 kg/m2
- Pregnancy
- Severe Genetic Disorders
- Sickle Cell Disease
- Thalassemia

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otras enfermedades pulmonares crónicas
- Trasplante de médula ósea y de órganos sólidos
- Cáncer
- Enfermedad cerebrovascular
- Enfermedad renal crónica
- Cardiopatía congénita
- Diabetes mellitus
- Afecciones cardíacas, como insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial coronaria o cardiomiopatías
- VIH
- Hipertensión
- Estado inmunocomprometido
- Trastornos metabólicos hereditarios
- Discapacidades intelectuales y del desarrollo
- Enfermedad hepática
- Trastornos neurológicos
- Obesidad (IMC de 30 kg/m2 o más)
- Embarazo
- Trastornos genéticos graves
- Anemia de células falciformes
- Talasemia

Do you have a preference for one of the COVID-19 vaccines? *

No Preference

¿Tiene preferencia por alguna de las vacunas contra COVID-19/Coronavirus?

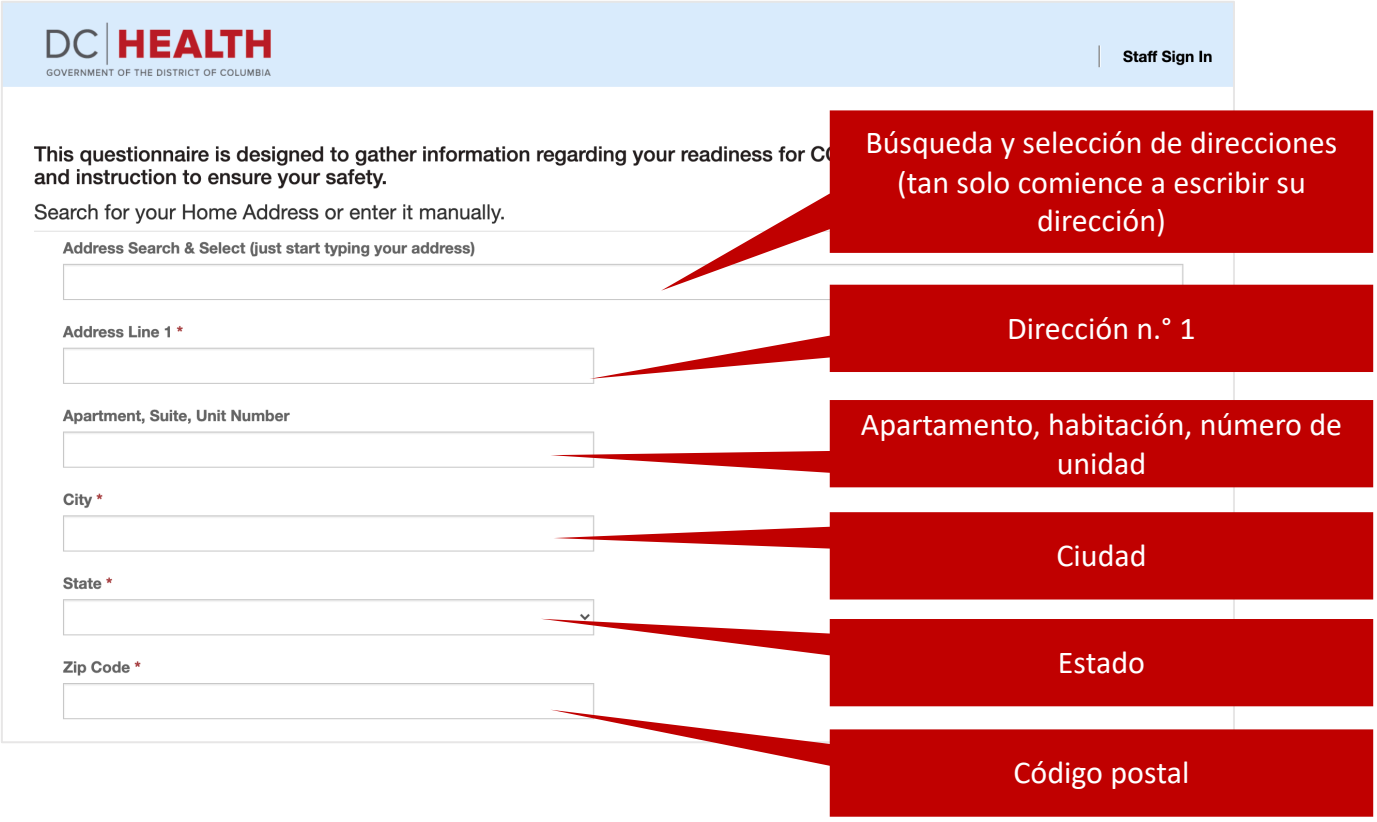
Aquí, tendrá la oportunidad de elegir la vacuna de su preferencia. Puede elegir entre la lista actual de vacunas disponibles: Pfizer, Moderna o Johnson and Johnson, o puede seleccionar "Sin preferencias".

Haga clic en "Siguiente" para continuar.

5. **Ingrese su dirección. Solo comience a escribir su dirección en el campo de búsqueda y selección de direcciones.**

A medida que escriba, aparecerá una lista desplegable con las direcciones que coincidan con su entrada para que pueda completar su dirección de forma automática.

También puede ingresar su dirección manualmente en la línea 1*



6. Ingrese su nombre, datos demográficos y fecha de nacimiento.

Información personal

Personal Information

First Name *

Primer nombre

Middle Name

Segundo nombre

Last Name *

Apellido

Gender *

Género: Masculino, Femenino, No binario, Otro

Race *

Raza

If other race, please specify

Si seleccionó "Otra raza", especifique.

Please describe your ethnicity *

Describa su etnia.

Please provide your date of birth.

Indique su fecha de nacimiento.

Month *

Mes

Day *

Día

Year *

Año

Anglais	Espanol
Black or African-American	Negro o afroamericano
White	Blanco
Asian	Asiático
American Indian or Alaska Native	Indio americano o nativo de Alaska
Native Hawaiian or Other Pacific Islander	Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
Other Race	Otra raza
Prefer not to specify	Prefiero no responder
Unknown/Undetermined	Desconocido/Indeterminado

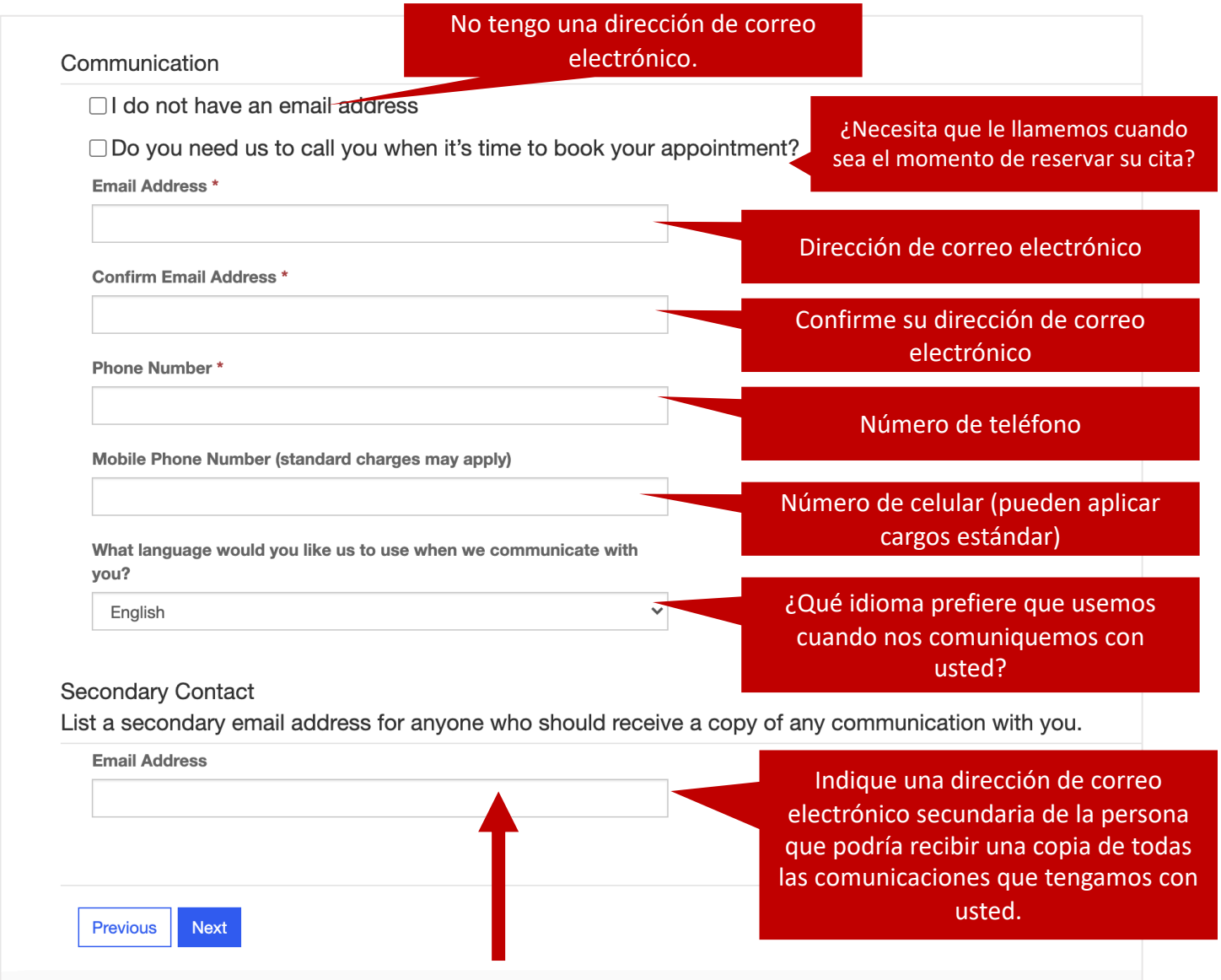
7. A continuación, deberá indicar su método de contacto preferido.

Si no tiene correo electrónico, haga clic en la casilla junto a "No tengo dirección de correo electrónico".

Si prefiere una llamada telefónica, seleccione la casilla junto a "¿Necesita que le llamemos cuando sea el momento de reservar su cita?"

Ingrese su correo electrónico (si tiene uno) y número de teléfono.

A continuación, seleccionará el idioma de su preferencia.



Si tiene un segundo punto de contacto o está completando este formulario en nombre de un familiar o amigo, puede añadir una segunda dirección de correo electrónico aquí para recibir confirmaciones por correo electrónico y notificaciones de citas.

Haga clic en "Siguiente" para continuar.

8. En la siguiente página, se le pedirá que verifique su información. Revise el formulario para asegurarse de que todo esté correcto.

DC | HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

Staff Sign In

This questionnaire is designed to gather information regarding your readiness for COVID-19 vaccination, and offer guidance and instruction to ensure your safety.

Please verify your information below.

Personal Information

First Name * Derek	**Middle Name** –
Last Name * Drew	**Birth Date (DOB)** * 1/1/1952
Gender * Male	**Race** * White
If other race, please specify. –	**Ethnicity** * Prefer not to specify
Email Address * derek@email.com	**Secondary Contact Email Address** –
Phone Number * 202-292-0935	**Mobile Phone Number** –

Address

Address Line 1 * 21 Quincy Pl NE	**Apartment, Suite, Unit Number** –
City * Washington	**State** * District of Columbia 20002
Zip Code * 20003	

By clicking "next" you agree that the above information is accurate. You also agree to DC Health's privacy policy. By providing your information, you authorize us to share your personally identifiable information with our healthcare partners involved in the District's vaccination program. A copy of our privacy policy can be found by clicking here.

☐ I verify that the above information is accurate *

Previous Next

Si la información no es correcta, haga clic en "Anterior" para volver a su formulario y realizar cambios.

☑ Si la información es correcta, haga clic en la casilla junto a "Confirmo que la información anterior es correcta" y luego seleccione "Siguiente".

Haga clic en "Siguiente" para continuar.

¡Felicidades! Ha realizado con éxito el registro anticipado para su vacuna contra COVID-19/Coronavirus.

DC | HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

Staff Sign In

Thank you for pre-registering, Derek!

You are now on the list.

Derek Drew:

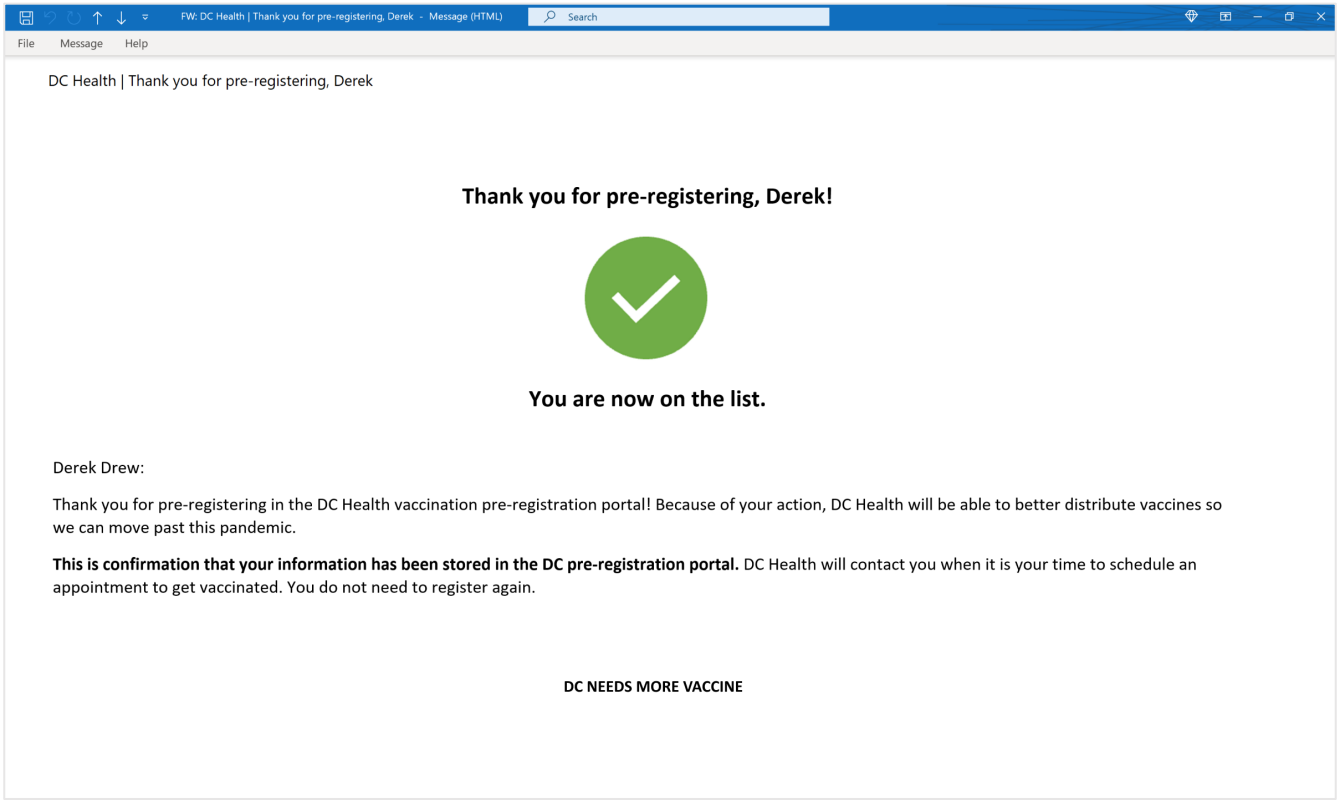
Thank you for pre-registering in the DC Health vaccination pre-registration portal! Because of your action, DC Health will be able to better distribute vaccines so we can move past this pandemic.

This is confirmation that your information has been stored in the DC pre-registration portal. DC Health will contact you when it is your time to schedule an appointment to get vaccinated. You do not need to register again.

Confirmación por correo electrónico

Según la hora de su registro anticipado, recibirá un correo electrónico para confirmar que ya se encuentra en la lista. (Verifique también sus carpetas de correo no deseado y de correo basura).

Si después de 24 horas no encuentra su correo electrónico de confirmación, envíe un correo electrónico a vaccinatedc@dc.gov para obtener ayuda.



FW: DC Health | Thank you for pre-registering, Derek - Message (HTML)

Search

File Message Help

DC Health | Thank you for pre-registering, Derek

Thank you for pre-registering, Derek!

You are now on the list.

Derek Drew:

Thank you for pre-registering in the DC Health vaccination pre-registration portal! Because of your action, DC Health will be able to better distribute vaccines so we can move past this pandemic.

This is confirmation that your information has been stored in the DC pre-registration portal. DC Health will contact you when it is your time to schedule an appointment to get vaccinated. You do not need to register again.

DC NEEDS MORE VACCINE

Asistencia adicional

Si tiene alguna dificultad, envíe un correo electrónico a vaccinatedc@dc.gov para obtener ayuda.

También puede llamar a la línea de atención del Distrito al 855-363-0333, para que le ayuden con el registro anticipado de vacunación.

Para recibir alertas por correo electrónico o por mensaje de texto sobre futuros anuncios, visite vaccinate.dc.gov.