



Preguntas del Sistema de NJVSS

Traducción en Español

COVID-19 Vaccine Registration

COVID-19 vaccines are on the way to hospitals and clinics across New Jersey. You can reserve your spot to get a vaccine now by pre-registering here. We'll ask some questions to determine when you are eligible to receive a vaccination.

Filling out this form should take about 15 minutes, and the information you enter will be kept private with the State of New Jersey. Click below to reserve your spot.

Registración para la Vacuna de la COVID-19

Las vacunas para la COVID-19 están en camino hacia los hospitales y clínicas de todo Nueva Jersey. Puede reservar su lugar para obtener la vacuna al pre registrándose aquí. Primero, le haremos algunas preguntas para determinar cuándo será eligible para una vacuna.

Le tomará aproximadamente 15 minutos para completar este formulario, y toda la información que provee se mantendrá privada con el Estado de Nueva Jersey. Haga clic en "get started" para comenzar.

<https://covidvaccine.nj.gov/covid-19%20vaccine/>

We'll ask some questions to determine when you are able to get the COVID-19 vaccine. This information will be kept private with the State of New Jersey and only used to register you to receive a COVID-19 vaccine.

Le preguntaremos una serie de preguntas para determinar si es elijable para la vacuna de la COVID-19. Esta información se mantendrá privada con el estado de Nueva Jersey y solo se usará para registrarlo/a para la vacuna de la COVID-19.

Please fill out the code below before proceeding.

Coloque el código de la imagen y presione clic donde dice "Next."

NEXT PAGE

Please tell us more about yourself, how best to contact you, and any health insurance information. *Note: If you have health insurance, please provide information; if not, you do not need insurance to receive vaccine.*



Por favor coméntenos sobre usted, como podemos contactarlo, y si tiene cobertura médica. **Aviso:** *si tiene cobertura médica, por favor provee dicha información, si no, no se preocupe no necesita cobertura médica para recibir la vacuna.*

First Name	Nombre
Middle Name	Medio nombre
Last Name	Apellido
Email Address	Correo electrónico
Verify your email address	Verifique su correo electrónico
Address (search for and select your address here)	Dirección (busque y seleccione su dirección aquí)
Apartment, Suite, Unit Number	Numero de apartamento o unidad
County	Condado
City	Ciudad
Postal code	Código postal
State/ province	Estado
Phone Number Type <ul style="list-style-type: none">• Cell• Home• Work	Tipo de numero <ul style="list-style-type: none">• Cel• Casa• Trabajo
Country	País
Gender <ul style="list-style-type: none">• Male• Female• Transgender• Other• Prefer not say	Genero <ul style="list-style-type: none">• Hombre• Mujer• Transgénero• Otro• Prefiero no decir

<p>Race</p> <ul style="list-style-type: none"> • African American/Black • White • Asian • American Indian or Alaska Native • Native Hawaiian or Other Pacific Islander • Other • Prefer not say 	<p>Raza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afroamericano • Blanco • Asiático • Indígena de las Américas o Alaska • Nativo Hawaiano o de las islas del Pacífico • Otro • Prefiero no decir
<p>Would you like to receive updates by SMS text message when available? (Text messaging will be available in January 2021). Message and data rates may apply.</p>	<p>¿Le gustaría recibir notificaciones por envíos de SMS? Aplican tarifas de mensajes y transmisión de datos.</p>
<p>Please describe your ethnicity</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hispanic or Latino • Not Hispanic or Latino • Prefer not to say 	<p>Por favor describa su etnia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hispano o Latino • No Hispano o Latino • Prefiero no decir
<p>If other race, please specify</p>	<p>Para otra raza, por favor describa mas</p>
<p>Please provide your data of birth</p> <ul style="list-style-type: none"> • Month • Day • Year 	<p>Por favor provee su fecha de nacimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mes • Día • Año
<p>Insurance Information</p> <ul style="list-style-type: none"> • No health insurance • Private insurance • Medicaid • Medicare • CHIP 	<p>Información de cobertura medica</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tengo seguro • Privada • Medicaid • Medicare • CHIP

NEXT PAGE

Are you a First Responder or Healthcare Worker?



¿Es usted un trabajador de servicios de emergencias o de salud?

Sí No

Do you work (paid or unpaid) or volunteer in a healthcare setting?

¿Es usted un residente de centros de largo plazo o de tercera edad?

Sí No

Do you live or work in a long-term care setting?

¿Trabaja en los siguientes tipos de empleos?

Agriculture and food production	Agricultura y producción de alimentos
Building/home services	Servicios de residencias o de edificio
Child care	Cuidados de niños
Clergy	Clero
Communication systems/media	Sistemas o medios de comunicación
Education (Early Childhood/K-12 Education) – teachers, administrators, janitors, and, other staff members	Ambientes educativos (primera infancia/ kínder al grado 12) - maestros, administradores, conserje y otro personal
Education (Higher Education)	Ambientes de educación superior
Elder care	Cuidos de personas de tercera edad
Flight Crew/Airport Workers	Tripulación de vuelo o trabajadores de aeropuerto
Food distribution – Grocery, wholesale, delivery services	Distribución de alimentos – super mercados, bodegas de mayoreo, servicio a domicilio
Frontline First Responder	Trabajador de servicios de emergencias
Homeless, food pantry, social services support staff	Con personas indigentes, en almacenes, o empleados de servicios sociales
IT communications providing direct customer service	Personal de informática que tienen atención directa con consumidores
Judicial system	Ambientes judiciales
Laundry services	Servicios de lavandería

Medical supplies manufacturing & distribution	Producción o distribución de equipos o suministros médicos
Postal and shipping services	Servicios de envíos o postales
Public safety – Law enforcement, fire, prison guards, etc.	Protección civil – policía, bomberos, guardias, etc.
Public transportation (except air travel/ airport workers)	Trasportación publica (con excepción de trabajadores de aeropuerto o tribulación).
Real estate	Bienes raíces
Retail financial services – banks, check cashing	Servicios financieros – bancos, casas de cambios de cheques
Sanitation	Saneamiento
Utility Company	Compañías de utilidades
Warehousing and logistics	Bodegas y logística
None of the above	Ninguna de la mencionas aplica

Have you ever had any of the following medical conditions?

¿Alguna vez a tenido las siguientes condiciones médicas? Sí No

Asthma (moderate to severe)	Asma (moderada o grave)
Cancer	Cáncer
Cerebrovascular disease	Enfermedad cerebrovascular
Chronic Kidney Disease	Enfermedad renal crónica
Chronic obstructive pulmonary disease	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Cystic fibrosis	fibrosis quística
Down Syndrome	Síndrome de Down
Heart conditions, such as heart failure, coronary artery disease or cardiomyopathies	Condiciones del corazón (p. ej., fallo cardíaco, enfermedad coronaria, cardiomiopatía)
Hypertension or high blood pressure	Hipertensión/presión alta
Immunocompromised state (weakened immune system)	Inmunocomprometido (un sistema inmunológico comprometido/débil)

Liver disease	enfermedad hepática/del hígado
Neurologic conditions, (such as dementia)	Condiciones neurológicas (como la demencia)
Nicotine/smoking addiction	Adición a la nicotina/fumador
Obesity	Obesidad
Overweight	Sobre peso
Pulmonary fibrosis (damaged or scarred lung tissues)	Fibrosis pulmonar (tejido del pulmón dañado o cicatrizado)
Sickle cell disease	Enfermedad de células falciformes
Thalassemia (type of blood disorder)	Talasemia (tipo de enfermedad sanguíneo)
Type 1 diabetes mellitus	Diabetes Mellitus – Tipo 1
Type 2 diabetes mellitus	Diabetes Mellitus – Tipo 2

Do any of the following apply to you?

Ha usted experimentado lo siguiente:

- I have experienced homelessness in the past 30 days
- Estado sin hogar en los últimos 30 días

- I live in a shelter
- Vivido en un albergue

Yes -Sí No-No

Are you currently pregnant?

¿Actualmente está embarazada?

- Yes -Sí
- No-No
- Suspected – Puede que sí



Are you currently breastfeeding?

¿Esta amamantado?

- Yes -Sí
- No-No
- Not applicable – No aplica

Have you ever tested positive for COVID-19?

¿Alguna vez salió positivo para una prueba de la COVID-19?

- Yes -Sí
- No-No

If you have had COVID-19, did you receive antibody therapy for COVID-19 in the past 90 days?

Si tuvo la COVID-19, ¿ha recibido terapia de anticuerpos en los últimos 90 días?

- Yes -Sí
- No-No
- Not sure - No se

Do you have any conditions that cause you to be immune compromised (have a weakened immune system), including taking immune suppressing medications?

¿Tiene alguna condición médica que causa que su sistema inmunológico este comprometido (débil), incluyendo medicamentos que disminuyen el sistema inmunológico?

- Yes -Sí
- No-No
- Not sure - No se

Do you have a history of severe allergic reaction to another vaccine or to any injectable therapy (medicine that was given to you via injection)?

¿Tiene historial médico de alergías graves hacia vacunas o terapia por inyección (medicina a través de una inyección)?



- Yes -Sí
- No-No
- Not sure - No se

Will this be your first COVID-19 vaccine dose?

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

- Yes -Sí
- No-No
 - Since you have indicated this is not your first dose we need additional information. *Como ha indicado que esta no es su primera dosis se le pide información adicional.*
 - Manufacture Type - Marca de vacuna
 - Day of first dose - Día que recibió la primera vacuna

If you have selected “Yes” or “Not Sure” to any of the medical screening questions, it is strongly recommended that you discuss getting the vaccine with your healthcare provider.

Si ha respondido “sí” o “no se” a cualquier pregunta relacionada a su historial médico, se le recomienda que hable con a su doctor sobre la vacunación de la COVID-19.

Verify the information above is correct

Verifique que la información este correcta

You're on the list.

Thank you for registering!

COVID-19 vaccinations will be made available in phases to ensure those most at risk are prioritized. You are eligible for a later phase of vaccination distribution. We will send you an email when we're ready for you to schedule an appointment.

While we work to distribute vaccines quickly and safely, please remember to wear a mask, wash your hands regularly, and practice social distancing. For more on preventing the spread of COVID-19, visit [covid19.nj.gov](https://www.covid19.nj.gov).

For issues related to COVID 19 vaccine registration, [please submit your feedback here](#).



Para reportar cualquier problema con la registraci3n de vacunaci3n haga clic aqu3:
(add page)