

Forma de vacunación COVID-19 Complete cada área a continuación con la información referente a la persona que recibe servicios hoy.

INFORMACION DEL CLIENTE						
Nombre (Apellidos, primer nombre, segundo nombre)			Sufijo (Por ejemplo: Jr, III)	Fecha de nacimiento	Edad†	
Dirección:			Ciudad	Estado	Código postal Condado	
Numero de teléfono ()	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> de Casa	Sexo de nacimiento <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Identidad de género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No-binario <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
Raza <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano /De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro			Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido			
EVALUACION PARA ELEGIBILIDAD DE VACUNACION					SI	NO
¿Ha recibido el paciente alguna vez una dosis de la vacuna COVID-19 Pfizer-BioNTech?						
¿Ha tenido el paciente alguna vez una reacción alérgica a: <input type="checkbox"/> un componente de una vacuna COVID-19, incluido cualquiera de los siguientes: - polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia - polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas con película y esteroides intravenosos <input type="checkbox"/> una dosis previa de la vacuna COVID-19 <input type="checkbox"/> una vacuna o terapia inyectable que contiene múltiples componentes, uno de los cuales es un componente COVID-19, pero no se sabe qué componente provocó la reacción inmediata <input type="checkbox"/> otra vacuna (que no sea la vacuna COVID-19) o un medicamento inyectable?						
¿Ha tenido el paciente alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea una vacuna o un medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a alimentos, mascotas, veneno, medio ambiente o medicamentos orales.						
¿Tiene el paciente antecedentes de miocarditis o pericarditis?						
¿El paciente ha tenido alguna vez COVID-19 y ha sido tratado con anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia?						
CONSENTIMIENTO DE SERVICIO						
Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para los servicios que solicito al Departamento de Salud del Condado de Oklahoma (OCCHD) y sus entidades / contratistas. Entiendo que: - Se me explicarán los riesgos y beneficios de estos servicios y tendré la oportunidad de hacer preguntas. - La información sobre mí y los servicios que reciba se ingresará en los sistemas de información de gestión de OCCHD y se podrá utilizar para fines de evaluación, gestión y facturación del programa. - Puedo rechazar el servicio en cualquier momento. Reconozco que, por razones de salud y seguridad, se deben usar mascarilla en todo momento durante un evento de vacunación. Al firmar este formulario, por la presente acepto usar una mascarilla durante el evento de vacunación con OCCHD. Reconozco que puedo acceder a una copia del Aviso de privacidad de HIPAA del Departamento de Salud del Condado de OKC según lo exige la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de la Información de Salud (HIPAA) en https://www.occhd.org/about/contact-us/hipaa . También reconozco que recibí la hoja de datos específica del fabricante para receptores y cuidadores antes de recibir la vacuna. También se puede acceder a esta información en https://www.vaxokc.com/eua .						
Firma del cliente: _____			Fecha: _____			

****FOR OFFICIAL USE ONLY****

Client Name (Last, First, MI) _____ Client DOB (MM/DD/YYYY) _____

OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW

Ask before administration:

Is the client suffering from a moderate or severe acute illness with or without fever? Y N

Is the client pregnant? Y N

Client completed the manufacturer's screening questions: Y N

Vaccine Manufacturer:

Lot #:

Exp. Date:

Site:

LT DELTOID IM

RT DELTOID IM

LT VAST LAT IM

RT VAST LAT IM

EUA*/VIS given? Y N

Reaction? Y N

Dose Number:

1st 2nd

Vaccination Complete? Complete Refused Not administered Partially administered No recorded completion status

Provider Signature: _____

*EAU = Emergency Use Agreement

Progress

Note: _____
