

ID _____

COVID-19 Formulario de Registro de Vacunas

1/19/2021

PRIMER NOMBRE		MEDIO INICIAL	APELLIDO		CVX CÓDIGO	CPT CÓDIGO	
FECHA DE NACIMIENTO / /		AÑOS	17 O DEBAJO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	PERDIDO APPT <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	RECHAZO <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	RAZA <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska (5) <input type="checkbox"/> Indio Americano (5) <input type="checkbox"/> Asiático (4) <input type="checkbox"/> Negro (2) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai (7) <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico (7) <input type="checkbox"/> Blanco (1) <input type="checkbox"/> Otro (6) <input type="checkbox"/> Desconocido (9)	ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (1) <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino (2) <input type="checkbox"/> Desconocido (3)
NÚMERO DE TELÉFONO	Texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CORREO ELECTRÓNICO		Permiso al correo electrónico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	GÉNERO <input type="checkbox"/> Hembra (F) <input type="checkbox"/> Masculino (M) <input type="checkbox"/> Otro (O) <input type="checkbox"/> Desconocido (U)	
DIRECCIÓN							
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS DE RESIDENCIA			

PREGUNTAS DEL PACIENTE - RESPONDA EL DÍA DE VACUNACIÓN

¿Ha recibido algún tipo de vacuna en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a una vacuna o alguna inyección en el pasado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Alguna vez dio positivo por COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Ha sido identificado como un caso probable o confirmado de COVID-19 en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Ha recibido terapia con anticuerpos (plasma monoclonal o de convalecencia) para COVID-19 en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene alguna condición de salud grave (a menudo llamada comorbilidad)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene un sistema inmunológico debilitado (es decir, por el VIH o el cáncer) o está tomando medicamentos inmunosupresores?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Es esta su primera o segunda dosis en el último mes?	<input type="checkbox"/> Primera dosis	<input type="checkbox"/> Segunda dosis

¿En que grupo esta? (seleccione sólo uno)

<input type="checkbox"/> Assisted Living Facility Resident (TPV1)	<input type="checkbox"/> Congregate Care Facility Resident (TPV13)	<input type="checkbox"/> Individuals age 65 to 69 years of age (TPV65)
<input type="checkbox"/> Assisted Living Facility Staff (TPV2)	<input type="checkbox"/> Congregate Care Facility Staff (TPV14)	<input type="checkbox"/> Individuals w/congenital disorders or early onset conditions (TPV22)
<input type="checkbox"/> Skilled Nursing Facility Resident (TPV3)	<input type="checkbox"/> Hospital worker Clinical Staff (TPV15)	<input type="checkbox"/> Individuals working in K-12 schools (TPV23)
<input type="checkbox"/> Skilled Nursing Facility Staff (TPV4)	<input type="checkbox"/> Hospital worker Administrative Staff (TPV16)	
<input type="checkbox"/> State of Ohio DODD Resident (TPV5)	<input type="checkbox"/> Hospital worker Ancillary Staff (TPV17)	
<input type="checkbox"/> State of Ohio DODD Staff (TPV6)	<input type="checkbox"/> Non-Hospital healthcare worker Clinical Staff (TPV18)	
<input type="checkbox"/> State of Ohio Veterans Home Resident (TPV7)	<input type="checkbox"/> Non-Hospital healthcare worker Administrative Staff (TPV19)	
<input type="checkbox"/> State of Ohio Veterans Home Staff (TPV8)	<input type="checkbox"/> Non-Hospital healthcare worker Ancillary Staff (TPV20)	
<input type="checkbox"/> State of Ohio MHAS Resident (TPV9)	<input type="checkbox"/> Emergency Medical Services EMTs/Paramedics (TPV21)	
<input type="checkbox"/> State of Ohio MHAS Staff (TPV10)	<input type="checkbox"/> Individuals over 80 years of age (TPV80)	
<input type="checkbox"/> State of Ohio DRC LTC Resident (TPV11)	<input type="checkbox"/> Individuals age 75 to 79 years of age (TPV75)	
<input type="checkbox"/> State of Ohio DRC LTC Staff (TPV12)	<input type="checkbox"/> Individuals age 70 to 74 years of age (TPV70)	

Fabricante de la primera dosis _____
Fecha de la primera dosis _____

Visite el sitio web de los CDC [cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/index.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/index.html) para conocer los beneficios y riesgos (VIS) de la vacuna COVID-19. Visite nuestro sitio web (publicado en la clínica) para leer nuestro Política de privacidad (PP). Al firmar a continuación, acepta que 1) revisó tanto el VIS como el PP, 2) comprende los beneficios y los riesgos de la vacuna y solicita que se le administre la vacuna a usted o a la persona nombrada en este formulario para quien está autorizado para realizar esta solicitud, 3) usted da su consentimiento para que podamos facturar a su seguro, si corresponde, 4) autoriza la divulgación de este registro de vacunación y toda la información en este formulario al Programa de Inmunización de su estado y al CDC, y 5) nosotros puede divulgar este registro a su médico, escuela o empleador si lo solicita. Si la persona que está siendo vacunada tiene 17 años o menos, al firmar a continuación, acepta que está autorizado a dar su consentimiento para la vacunación del paciente y el paciente en este formulario puede recibir la vacuna con o sin usted, como padre o tutor, presente en el momento de la vacunación. Después de recibir su vacuna, le recomendamos que espere al menos 15 minutos. Si abandona el lugar de la vacunación antes de que hayan transcurrido 15 minutos después de la vacunación, asume los riesgos asociados con no esperar el tiempo recomendado. Tenga en cuenta que el personal puede estar tomando fotografías con el propósito de mejorar las redes sociales y la clínica. Si no desea que le tomen una foto, avisenos en la clínica.

CONSENTIMIENTO / FIRMA DEL PACIENTE (o padre/tutor si el paciente tiene 17 años o menos)	FECHA DE CONSENTIMIENTO / /
--	--------------------------------

Whoa allí. Eso es suficiente. Lo tomaremos desde aquí.

VACCINE NAME COVID-19	LOT NUMBER	EXPIRATION DATE	DOSE SIZE <input checked="" type="checkbox"/> Full (1.0) <input type="checkbox"/> Half (0.5)	MANUFACTURER <input type="checkbox"/> Moderna (MOD) <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson (JNJ) <input type="checkbox"/> Pfizer (PFR) <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> AstraZeneca (ASZ) <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Sanofi	
ROUTE OF ADMIN <input checked="" type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Oth	SITE OF INJECTION <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> LT _____	DOSE IN SERIES <input type="checkbox"/> First <input type="checkbox"/> Second	SERIES COMPLETE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	DATE OF VACCINATION / /	
VACCINATOR	NOTES		CLINIC LOCATION		
CLINIC TYPE		CLINIC ADDRESS		STATE VACCINE SYSTEM DATA ENTRY <input type="checkbox"/> By clinic/agency GIVING vaccine (N) <input type="checkbox"/> By clinic/agency NOT giving vaccine (Y)	