

Moderna Monovalent Pfizer Monovalent

6 months – 4 years

COVID-19 Vaccine –Spanish

Cass County Health Department

FECHA DE NACIMIENTO

Nombre Del Paciente (Apellido) _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Telefono _____ (Mes / Dia / Año) _____ (Edad) _____

Sexo M F

Dirección (#Calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Etnicidad No hispano/latino Hispano / Latino Desconocido/NoReportado
 Race IndioAmericano/NativodeAlaska Negro/Afroamericano More than one race Other Pacific Islander
 Asiatico Blanco Hawaiano nativo Negado

Contacto De Emergencia Nombre: _____ Telefono: _____

Nombre De Aseguranza _____ No Aseguranza

de poliza o ID _____ # de grupo _____

¿Su hijo/a se siente mal hoy? * Contraindicado si tiene fiebre o enfermedad grave aguda? <i>*Contraindicated if fever or acute serious illness</i>	Si	No	No Sabe
¿Su hijo/a a recibido una dosis de la vacuna de COVID-19? Tipo _____ Fecha recibida? _____ Recibida en CCHD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si	No	No Sabe
¿Su hijo/a completado una serie de dos dosis de la vacuna contra Covid-19? Tipo? _____ Fecha recibida? _____ Recibida en CCHD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si	No	No Sabe
¿Su hijo/a completado una tercera dosis primaria de la vacuna COVID-19? (Sistema immune comprometido) Tipo? _____ Fecha recibida? _____ Recibida en CCHD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si	No	No Sabe
¿Su hijo/a a tenido una reaccion alergica severa a alguna cosa? *Debe monitorear sus síntomas durante 30 minutos después de la vacunación. <i>*Must monitor for 30 minutes post vaccination</i>	Si	No	No Sabe
¿Fue la reaccion alergica despues de recibir la vacuna de COVID-19? <i>*Consulte con un alergólogo / inmunólogo *Contraindicated-refer to allergist / immunologist</i>	Si	No	No Sabe
¿Fue la reaccion alergica despues de recibir alguna otra vacuna o medicamento inyectado? <i>*Consulte con un alergólogo / inmunólogo *Contraindicated-refer to allergist / immunologist</i>	Si	No	No Sabe
¿Está actualmente su hijo/a a sido puesto o esta en cuarentena o aislado?	Si	No	No Sabe
¿Su hijo/a a tenido una prueba positiva para COVID-19 o un médico te ha dicho alguna vez que tuviste COVID-19?	Si	No	No Sabe
¿Su hijo/a tiene un sistema inmunitario debilitado o tomas medicamentos o terapias inmunosupresores? *Las personas inmunodeprimidas, incluidas las personas que reciben tratamiento con inmunosupresores, pueden tener una respuesta inmune disminuida a la vacuna COVID-19. <i>*Immunocompromised persons, including individuals receiving immunosuppressant therapy, may have a diminished immune response to the COVID-19 Vaccine.</i>	Si	No	No Sabe
¿Su hijo/a tiene un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante? *Aguja 23G o más pequeña y presión firme durante dos o más minutos *23G or smaller needle and firm pressure for two or more minutes	Si	No	No Sabe
Su hijo/a se a desvanecido/desmallado despues de recibir una inyeccion?	Si	No	No Sabe
Su hijo ha desarrollado pericarditis/miocarditis después de recibir una vacuna de ARNm? (Contraindicado)			
Tiene su hijo antecedentes de pericarditis/miocarditis dentro de las 3 semanas posteriores a cualquier vacuna contra el COVID-19?	Si	No	No Sabe
¿Su hijo/a a sido diagnosticado/a con MIS-C o MIS-A (Síndrome inflamatorio multisistémico)?	Si	No	No Sabe

Yo doy mi permiso al Departamento de Salud de Cass County para proporcionarme servicios. Autorizo el pago de Medicaid / AllKIDS / Medicare / beneficios seguro privado a CCHD por los servicios prestados. Reconozco que he leído y entiendo los posibles efectos secundarios como se describe en las hojas de información de vacuna CDC y hoja informativa para recipientes y cuidadores.

Yo doy mi permiso para que mi hijo/a o yo recibia la vacuna(s) solicitadas.

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba nombre de Padre/Guardian: _____

Moderna Monovalent

Pfizer Monovalent

6 months – 5 years

COVID-19 Vaccine –Spanish

Cass County Health Department

*****Office use only below this line*****

Vaccine	Dose	Route	Deltoid	Thigh	Dose	Source	Lot#	EXP Date	VIS Pub Date
MODERNA Covid-19 (6 months - <u>4 years</u>) See CDC Standing Orders for administration guidelines	0.25 mL	IM	Right Left	Right Left	1 st 2 nd 3 rd Booster	F S P			
PFIZER Covid-19 (6 months - <u>4 years</u>) See CDC Standing Orders for administration guidelines	0.3 mL	IM	Right Left	Right Left	1 st 2 nd 3 rd Booster	F S P			

Nurse Signature: _____ Date: _____ Adm. Time: _____

Form Reviewed By/Vaccine Administered By: _____

Location: _____

Service given per CCHD Standing Order/EUA Other: _____

Entered into ICARE: _____ Date: _____