

MODERNA PFIZER

Cass County Health Department

Bivalent COVID-19 Vaccine Booster –Spanish

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 _____

¿Te sientes mal hoy? *Contraindicado si tiene fiebre o enfermedad grave aguda? <i>*Contraindicated if fever or acute serious illness</i>	Si	No	No Sabe
¿Ha 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
¿Ha 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
¿Ha completado una tercera dosis de la vacuna COVID-19? Tipo? _____ Fecha recibida? _____ Recibida en CCHD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si	No	No Sabe
¿Ha recibido alguna dosis de refuerzo? Tipo? _____ Fecha recibida? _____ Recibida en CCHD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si	No	No Sabe
¿Ha 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 en cuarentena?	Si	No	No Sabe
¿Has tenido una prueba positiva para COVID-19 o un médico te ha dicho alguna vez que tuviste COVID-19?	Si	No	No Sabe
¿Tienes 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
¿Tienes 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
¿Estas embarazada o amamantando? *Debe tener receta de su obstetra <i>*Must have prescription from obstetrician</i>	Si	No	No Sabe
Tiene antecedentes de miocarditis/ pericarditis? En caso que sí, se debe proporcionar una nota del médico con la aprobación para recibir la vacuna.	Si	No	No Sabe
¿Ha 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 PFIZER

Cass County Health Department

Bivalent COVID-19 Vaccine Booster –Spanish

****Office use only below this line****									
Vaccine	Dose	Route	Deltoid	Thigh	Dose	Source	Lot#	EXP Date	VIS Pub Date
MODERNA Bivalent COVID-19 Vaccine Booster *18 years and up *May receive 2 months after completion of a primary series of any Covid-19 Vaccine *May receive 2 months after completion of last booster dose of any previously authorized or approved Covid-19 booster vaccine and Moderna Covid-19 Vaccine	0.5 ml	IM	Right Left	Right Left	Booster 1 st	F S P			
PFIZER Bivalent COVID-19 Vaccine Booster *12 years and up *May receive 2 months after completion of a primary series of any Covid-19 Vaccine *May receive 2 months after completion of last booster dose of any previously authorized or approved Covid-19 booster vaccine and Moderna Covid-19 Vaccine	0.3 ml	IM	Right Left	Right Left	Booster 1 st	F S P			
Nurse Signature: _____ Date: _____ Adm. Time: _____									

Form Reviewed By / Vaccine Administered By _____
 Service given per CCHD Standing Order / EUA Other _____

Location _____
 Entered into ICARE: _____ Date: _____

Moderna: COVID-19 vaccination should not be deferred in patients who received monoclonal antibody treatment or convalescent plasma.

Patients should delay taking **EVUSHELD** for two weeks after COVID-19 vaccination.