

MODERNA

PFIZER

Cass County Health Department

COVID-19 Vaccine –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
Ethnicity: Asiatico, Blanco, Hawaiano nativo, Negado

Contacto De Emergencia Nombre: Telefono:

Nombre De Aseguranza No Aseguranza

de poliza o ID # de grupo

Table with 3 columns: Question, Si, No, No Sabe. Rows include: ¿Te sientes mal hoy?, ¿Ha recibido una dosis de la vacuna de COVID-19?, ¿Ha completado una serie de dos dosis de la vacuna contra Covid-19?, ¿Ha completado una tercera dosis de la vacuna COVID-19?, ¿Ha recibido su primera dosis de refuerzo?, ¿Ha tenido una reaccion alergica severa a alguna cosa?*, ¿Fue la reaccion alergica despues de recibir la vacuna de COVID-19?, ¿Fue la reaccion alergica despues de recibir alguna otra vacuna o medicamento inyectado?, ¿Está actualmente en cuarentena?, ¿Has tenido una prueba positiva para COVID-19 o un médico te ha dicho alguna vez que tuviste COVID-19?, ¿Tienes un sistema inmunitario debilitado o tomas medicamentos o terapias inmunosupresores?*, ¿Tienes un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante?*, ¿Estas embarazada o amamantando?*, Tiene antecedentes de miocarditis/ pericarditis?, ¿Ha sido diagnosticado/a con MIS-C o MIS-A (Síndrome inflamatorio multisistémico)?

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

COVID-19 Vaccine –Spanish

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

Vaccine	Dose	Route	Deltoid	Thigh	Dose	Source	Lot#	EXP Date	VIS Pub Date
MODERNA Covid-19 (12 and older) *Moderna second dose at 28 days or later *Moderna/Pfizer third dose 28 days or later	0.5 ml	IM	Right Left	Right Left	Primary Series 1 st 2 nd 3 rd	F S P			
MODERNA Covid-19 (6-11) *Moderna second dose at 28 days or later	0.5 ml	IM	Right Left	Right Left	Primary Series 1 st 2 nd 3 rd	F S P			
PFIZER Covid-19 Vaccine(12 and older) *Pfizer second dose at 21 days or later *Moderna/Pfizer third dose 28 days or later	0.3 ml	IM	Right Left	Right Left	Primary Series 1 st 2 nd 3 rd	F S P			
PFIZER Covid-19 Vaccine (5-11) *Pfizer third dose 28 days or later from 2 nd dose (for ages 5-11) that are immunocompromised)	0.2 ml	IM	Right Left	Right Left	Primary Series 1 st 2 nd 3 rd	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: _____