# ☐ MODERNA ☐ PFIZER

## Cass County Health Department

## COVID-19 Vaccine –Spanish

**FECHA DE NACIMENTO**

_____ _____ ____ _____ ____/____/____ ____

**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.<br>**Contraindicated if fever or acute serious illness* | Si | No | No Sabe |
| ¿Ha recibido una dosis de la vacuna de COVID-19? Tipo_____ Fecha_____ | Si | No | No Sabe |
| ¿Ha completado una serie de dos dosis de la vacuna contra Covid-19?<br>Tipo? _____ Fecha?_____ | Si | No | No Sabe |
| ¿Ha tenido una reaccion alergica severa a alguna cosa?*Debe monitorear sus síntomas durante 30 minutos después de la vacunación.<br>**Must monitor for 30 minutes post vaccination* | Si | No | No Sabe |
| ¿Fue la reaccion alergica despues de recibir la vacuna de COVID-19?<br>*Consulte con un alergólogo / inmunólogo **Contraindicated-refer to allergist / immunologist* | Si | No | No Sabe |
| ¿Fue la reaccion alergica despues de recibir alguna otra vacuna o medicamento injectado?<br>*Consulte con un alergólogo / inmunólogo **Contraindicated-refer to allergist / immunologist* | Si | No | No Sabe |
| ¿Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19? * Contraindicado si menos de 90 días antes de hoy<br>**Contraindicated if less than 90 days prior to today* | 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.<br>**Immunocompromised persons, including individuals receiving immunosuppressant therapy, may have a diminished immune response to the COVID-19 Vaccine.* | 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<br>**Must have prescription from obstetrician* | 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 |

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. **You doy mi permiso al departamento de condado cass para recibir la vacuna(s) solicitadas.**

**Firma del cliente ⊠ _____**

**Escriba nombre de Padre/s/Guardian⊠_____**

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

| Vaccine | Dose | Route | Deltoid | Dose | Source* | Lot# | EXP Date | VIS Pub Date |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MODERNA Covid-19 Vaccine | 0.5ml | IM | Right Left | 1st<br>2nd<br>3rd | F S P | | | |
| PFIZER Covid-19 Vaccine | 0.3ml | IM | Right Left | 1st<br>2nd<br>3rd | 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:_____

Moderna second dose at 28 days or later *Pfizer second dose at 21 days or later*Moderna/Pfizer third dose 28 days later