

BRANCH HILLSDALE ST. JOSEPH COMMUNITY HEALTH AGENCY COVID-19 VACCINATION FORM

Apellido:	Apellido de Solter@ U Otro Nombre:	Nombre:
Genero al Nacer:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Direccion:		Telefono:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Raza: (Porfavor circule una opcion) *Blanco *Negro / Afroamericano *Asiatico *Chino *Japones *Filipino *Arabe *Nativo de Alaska *Indio Americano / Nativo de Alaska *Nativo Hawaiano / Otro Isleno del pacifico *Nativo Hawaiano *Otra Raza *Desconocido		Nacionalidad: (Porfavor circule una opcion) *Desconocido *Hispano/Latino *No Hispano/Latino

Lista de Verificacion de Deteccion de Contradiciones Para la Vacuna Covid-19

1. Te sientes enfermo hoy? Si No NA

2. Alguna vez a recibido una dosis de la vacuna Covid-19? Si No NA

Si es asi , cual producto?

Pfizer

Moderna

Otro Producto _____

3. Alguna vez ha tenido una reaccion Alergica a : Si No NA

(Esto incluye una reaccion alergica severa (por ejemplo anafilaxia) que requiera tratamineto con epinefrina o EpiPen o que le causo ir al hospital. Tambien incluye una reaccion alergica que ocurrio dentro de las 4 horas que casuo urticaria, hinchazon o problemas respiratorios incluyendo sibilancias.)

*Un componente de la vacuna COVID-19 incluyendo e; polietilenlico (PEG),
ques se encuentar en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para
Procedimientos de colonoscopia. Si No NA

*Polisorbato Si No NA

*Una dosis previa de la vacuna COVID-19 Si No NA

4. Alguna vez ha tenido una reaccion alergica a otra vacuna (que no sea la vacuna
COVID-19) o un medicamento inyectable? Si No NA

(Esto incluye una reaccion alergica severa (por ejemplo anafilaxia) que requiera tratamineto con epinefrina o EpiPen o que le causo ir al hospital. Tambien incluye una reaccion alergica que ocurrio dentro de las 4 horas que casuo urticaria, hinchazon o problemas respiratorios incluyendo sibilancias.)

5. Alguna vez ha tenido una reaccion alergica grave (por ejemplo, anafilaxia) a otra cosa **Si** **No** **NA**
 Que un componenete de la vacuna COVID-19, polisorbato o cualquier vacuna o medicacion
 Inyectable? Esto incluiria alergias a los alimentos, las mascotas, el medio ambiente o los medicamentos orales.
6. Ha recibido terapia con anticuerpos pasivos? **Si** **No** **NA**
 (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?
7. Ha recibido otra vacuna en los ultimos 14 dias? **Si** **No** **NA**
8. Alguna vez ha tenido una prueba positiva para COVID-19 o un medico le dicho
 alguna vez que tenia COVID-19? **Si** **No** **NA**
9. Tiene un sistemainmunologico debilitado causado por algo como infeccion por
 VIH o cancer o toma medicamentos o terapias inmunosupresores? **Si** **No** **NA**
10. Tiene un trastorno hemorragico o esta tomando un anticoagulante? **Si** **No** **NA**
11. Estas embarazada o amamantando? **Si** **No** **NA**

Nombre (Imprimir)

Firma

Fecha

Al firmar, certifico que las respuestas a las preguntas son verdaderas a mi leal saber y entender, he revisado y recibido la vacuna y doy mi consentimiento para recibir la vacuna de BHSJCHA.

Porfavor explique aqui si contesto a cualquier pregunta "SI":

SOLO PARA EL DEPARTAMENTO DE SALUD

Covid-19 Vaccine (Circle One) Pfizer Moderna	LOT _____	VIS Literature-NA (EUA Fact Sheet)	SITE: LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/>
--	--------------	---------------------------------------	---

By signing, I certify that the patient in question has been given vaccine information and that any and all applicable questions and forms were answered and reviewed prior to vaccine administration.

Nurse Signature

Date

Time