



COVID-19 Client Vaccination Form

Section I. Personal Information

Form with fields for Last Name, First Name, Middle Initial, Home Address, Mailing, Home Telephone, FAX, Mobile/Cell, E-Mail Address, Race/Ethnicity, Gender, Date of Birth, Do you have an underlying health condition?, and Job Profession/Occupation.

For completion by Medical Personnel (Para completar por Personal Médico)

Section II. COVID-19 Vaccine Information

Form with fields for Manufacturer, Site of Injection, VFS Date, and Administrator Signature/Title.

Section III.

Form with fields for Client Response to Injection, Is 2nd dose needed, and Vaccination Card and copies of Privacy Notice, Fact Sheet, and V-Safe information sheet were given to client.



COVID-19 Client Vaccination Form

Last Name Apellido		First Name Primer Nombre		Middle Initial Inicial Media
Gender Género <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male Mujer Masculino	Date of Birth (MO/DY/YR) Fecha de Nacimiento ___/___/___	Do you have an underlying health condition? ¿Tiene una condición de salud subyacente? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Sí No		Job Profession/Occupation Título Profesional/Ocupación laboral _____

COVID-19 Dose Two

Section IV. Dose 1 Review

Has there been any changes to your personal information? ¿Ha habido cambios en su información personal?		<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	If yes, please describe. Si es un sí, describa.	
Dose #1 Dosis #1	Did you have any side effects with the first dose injection? ¿Tuvo algún efecto secundario con la inyección de la primer dosis?	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	If yes, please describe. Si es un sí, describa.	How long did it last? ¿Cuánto duró?

----- For completion by Medical Personnel (Para completar por Personal Médico) -----

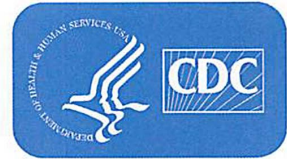
Section V. COVID-19 Vaccine Information

Manufacturer:	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Other: _____	Date Given:	
Site of Injection:	<input type="checkbox"/> Right Deltoid <input type="checkbox"/> Left Deltoid	LOT #:	
VFS Date:	<input type="checkbox"/> Pfizer: 02/25/2021 <input type="checkbox"/> Moderna: 12/21/2020 <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson): 02/27/2021 <input type="checkbox"/> Other _____ : Date: _____	Date VFS Given:	
Administrator Signature/Title:			

Section VI.

Client Response to Injection:	
COVID-19 Vaccine Multi-Dose Complete:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Prevaccination Checklist for COVID-19 Vaccines



For vaccine recipients:

Patient Name _____

The following questions will help us determine if there is any reason you should not get the COVID-19 vaccine today.

Age _____

If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated. It just means additional questions may be asked.

If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

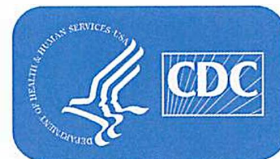
Yes No Don't know

	Yes	No	Don't know
1. Are you feeling sick today?			
2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?			
• If yes, which vaccine product did you receive? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Another product _____			
3. Have you ever had an allergic reaction to: (This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that occurred within 4 hours that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)			
• A component of a COVID-19 vaccine including either of the following:			
o Polyethylene glycol (PEG), which is found in some medications, such as laxatives and preparations for colonoscopy procedures			
o Polysorbate, which is found in some vaccines, film coated tablets, and intravenous steroids.			
• A previous dose of COVID-19 vaccine.			
• A vaccine or injectable therapy that contains multiple components, one of which is a COVID-19 vaccine component, but it is not known which component elicited the immediate reaction.			
4. Have you ever had an allergic reaction to another vaccine (other than COVID-19 vaccine) or an injectable medication? (This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that occurred within 4 hours that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)			
5. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to something other than a component of COVID-19 vaccine, or any vaccine or injectable medication? This would include food, pet, venom, environmental, or oral medication allergies.			
6. Have you received any vaccine in the last 14 days?			
7. Have you ever had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19?			
8. Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19?			
9. Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies?			
10. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?			
11. Are you pregnant or breastfeeding?			
12. Do you have dermal fillers?			

Form reviewed by _____

Date _____

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy.

Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse. Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre del paciente _____

Edad _____

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro producto _____ 			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> • Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia • Polisorbato • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, al polisorbato, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o usa medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			

Formulario revisado por _____

Fecha _____