

Oregon Salud
Autoriza

COVID-19 Prueba de Vacuna

Departamento de Salud Condado Baker
2200 4th Street Baker City, OR 97814
Telefono: 541-523-8211
Fax: 541-523-8242

Información de Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Nombre Medio: _____

FdeN: _____ Genero: Hombre Mujer

Dirección: _____

Dirección Postal: _____

de Telefono: _____ Apellido de Madre (opcional): _____

Raza (encierre cual aplique): African American American Indian/Alaskan Native Asiano
Native Hawaiian/Pacific Islander White Desea no Contestar

Etnico (escoge): Hispano? Se No Declina Primaria Idioma: _____

Numero Seguro Social(optional): _____ Medicaid ID Numero _____

Yo entiendo que Practicas Privadas de HIPAA esta disponible si pido.

Preguntas de Detección para Paciente

Encierre Uno

	Si	No	
¿Tiene calentura o se siente mal?	Si	No	
¿Ha recibido un dose de COVID-19 vacuna? Si recibio, cual : Pfizer Moderna Other	Si	No	No Sabe
¿Ha tenido reaccion sever (e.g. anafilaxis) a cualquier cosa? Por ejemplo, reaccion que tuvieron que tratar con epinefrine o, EpiPen o necesario ir al hospital?	Si	No	No se
¿Era la reaccion sever alergia despues de recibir la COVID-19 vacuna?	Si	No	No se
¿Era la reaccion sever alergia despues de recibir otra vacuna o medicina inyectable?	Si	No	No se
¿Ha recibido otra vacuna en los pasados 14 dias?	Si	No	
¿Ha recibido prueba positivo de COVID-19 o te ha dicho un doctor que tiene COVID-19?	Si	No	No se
¿Ha recibido recibido anticuerpo pasivo terapia(monoclonal anticuerpos o convalescente serum) como tratamiento para COVID-19?	Si	No	No se
¿Tiene usted una sistema debir imune causado por algo como HIV, infección o cancer o usted toma inmunosupresivo medicamento o terapia?	Si	No	
¿Tiene usted disorden de sangrar o tomar anticoagulantes?	Si	No	
¿Se ha desmallado el/la paciente despues de una inyección?	Si	No	
¿Esta paciente embarazada o da lactancia materna (dando pecho)?	Si	No	

Yo ha recibido el Uso Autoridad de Emergencia para la vacuna que se va dar y me han contestado todas las preguntas. Yo pido que la vacuna se me administre o a la persona nombreado, quien yo soy responsable. Yo permito compartir informacion necesario como uso en proceso de clamor, para seguro medical y para recibir pago sobre beneficios medical.

Nombre Imprenta: _____

Firma: _____

Relación a paciente: _____

Fecha: _____

For office use only

Print Patient Name _____

Dose #	Vaccine	Brand Name	Lot Number	Exp.	Dose (ML)	Site/Rte	Elib.	EUA Pub Date	EUA VIS Given
	COVID-19	Peds Pfizer 6 mo - 4 yr			0.2		S	6-17-2022	
	COVID-19	Peds Pfizer 5-12 yr			0.2		S	6-17-2022	
	COVID-19	Pfizer 12 +			0.3		S	6-17-2022	
	COVID-19	Pfizer Bivalent Booster (12 +)			0.3			8-31-2022	
	COVID-19	Moderna Peds 6 mo – 5 yr			0.25		S	6-17-2022	
	COVID-19	Moderna Peds 6-11 yr			0.5		S	6-17-2022	
	COVID-19	Moderna 18 +			0.5		S	6-17-2022	
	COVID-19	Moderna Bivalent Booster (18+)			0.5		S	8-31-2022	
	COVID-19	Novavax 12 +			0.5		S	8-19-2022	

Vaccine Administrator Signature: _____ Title: _____ Date: _____