



# COVID-19 Vaccine Worksheet

Name \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_  
 Insurance Name: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_  
 Insured Name: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_

Vaccine Data Collection Questions	Yes	No
Are you Hispanic/Latino?		
What is your Race? White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Hawaiian Native <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>		
Have you worked as a Migratory/Seasonal Agricultural Worker within the last 24 months?		
Do you live in public housing or housing where you receive rental assistance?		
Are you homeless, at risk or homelessness, or your primary residence a shelter, transitional housing, or other temporary living setting?		
Are you best served in a language other than English, including sign language?		

Vaccine Administration Screening Questions	Yes	No
Are you significantly ill today? (Defer vaccine)		
Have you tested positive for COVID-19 OR had a known high-risk exposure to COVID-19 in the past <b>10 days</b> and been advised to remain at home? (Defer vaccine until quarantine lifted)		
Have you received convalescent plasma or monoclonal antibody treatment for COVID-19 in the past 90 days? (Defer vaccine for 90 days)		
Do you have a history of or a risk factor for a blood clotting disorder? (Avoid Janssen J&J vaccine)		
Have you ever had an ANAPHYLACTIC reaction to <b>any injection</b> in the past? (Consult Clinician/Consider Delaying Vaccine)		
Have you ever had a SEVERE ALLERGIC REACTION in the past or received dermal fillers? (Observe for 30 min)		
Are you immunocompromised or receiving immunosuppressant therapy? (You may still receive the vaccine, but may have a diminished immune response to this vaccine. Consider consulting your treating Clinician)		
Do you have a bleeding disorder or are you taking blood thinners? (May still receive vaccine)		
Are you pregnant, might be pregnant, or breastfeeding? (May still receive vaccine)		
Do you have any questions about the COVID-19 vaccine that you want answered today?		
Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?		
If yes, which vaccine? Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Date: _____		

I have received the **Fact Sheet for Recipients and Caregivers**, have had the opportunity to ask questions regarding the vaccine being administered, and these questions were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine and hereby authorize administration of the vaccine.

**Health Information:** I understand that my health information may be shared across the Terry Reilly dental, medical and behavioral health divisions.

**Assignment of Benefits:** I authorize direct payment of medical benefits to Terry Reilly Health Services.

**Release of Information:** I authorize the release of any medical information necessary in order to obtain payment from insurance company, Medicare, and any other third-party payors.

**Signature of Patient or Legal Guardian** X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**\*\* Office Use Only \*\***

Site: R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ Deltoid Dose 1: \_\_\_\_\_ Dose 2: \_\_\_\_\_ Vaccine Card Provided

- Moderna COVID-19 Vaccine** (over 18) 0.5ml
- Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine** (over 12) 0.3ml
- Janssen COVID-19 Vaccine** (Over 18) 0.5ml

Lot#: \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_ (check QR Code on Moderna vaccine vial for exp. date)

Vaccine administered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Entered into EHR

Notes: \_\_\_\_\_



# Formulario para la vacuna COVID-19

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Preguntas de recolección de datos para la vacuna	Sí	No
¿Es usted hispano/latino?		
¿Cuál es su raza? Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indoamericano/Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
¿Ha estado empleado como trabajador agrícola migratorio/temporal en los últimos 24 meses?		
¿Reside en una vivienda pública o en una vivienda donde recibe asistencia de alquiler?		
¿Es usted una persona sin hogar, en riesgo de perder su hogar o su residencia principal es un albergue, hogar de transición o cualquier otro tipo de vivienda temporal?		
¿Se le ofrece mejor servicio en un idioma que no sea el inglés, incluido el lenguaje de signos?		

Preguntas de verificación para la administración de la vacuna	Sí	No
¿Está considerablemente enfermo hoy? (Posponer la vacuna)		
¿Ha dado positivo a la prueba del COVID-19 O ha tenido una exposición de alto riesgo al COVID-19 durante los últimos <b>10 días</b> y se le ha recomendado que permanezca en casa? (Posponer la vacuna hasta el fin de la cuarentena)		
¿Ha recibido plasma de convalecientes o tratamiento de anticuerpos monoclonales para el COVID-19 en los últimos 90 días? (Posponer la vacuna por 90 días)		
¿Tiene antecedentes o un factor de riesgo de un trastorno de coagulación de sangre? (Evitar la vacuna Janssen J&J)		
¿Ha tenido alguna vez una reacción ANAFILÁCTICA a <b>cualquier inyección</b> en el pasado? (Consulte al médico y considere posponer la vacuna)		
¿Ha tenido alguna vez una REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE o ha recibido rellenos dérmicos ? (Observar por 30 min.)		
¿Está inmunocomprometido o está recibiendo terapia inmunosupresora? (Aún puede recibir la vacuna, pero puede que tenga una disminución de la respuesta inmune a la vacuna. Considere consultar al médico que le atiende)		
¿Tiene un trastorno sanguíneo o está tomando anticoagulantes? (Aún puede recibir la vacuna)		
¿Está embarazada, podría estar embarazada o está amamantando? (Aún puede recibir la vacuna)		
¿Tiene alguna pregunta sobre la vacuna COVID-19 que desea que se le responda hoy?		
¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19?		

De ser así ¿qué vacuna? Pfizer  Moderna  Janssen  Fecha: \_\_\_\_\_

He recibido la **Hoja informativa para receptores y cuidadores**, he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la vacuna que se está administrando, y estas preguntas fueron contestadas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y por la presente autorizo la administración de la vacuna.

**Información sobre la salud:** Entiendo que se puede compartir la información sobre mi salud entre las divisiones de salud dental, médica y salud conductual de Terry Reilly.

**Asignación de beneficios:** Autorizo el pago directo de beneficios médicos a Servicios de Salud de Terry Reilly

**Divulgación de información:** Autorizo la divulgación de cualquier información médica que sea necesaria para obtener pagos de la compañía de seguros, Medicare, y cualquier otro pagador externo.

**Firma del paciente o representante legal** X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**\*\* Office Use Only \*\***

Site: R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ Deltoid Dose 1: \_\_\_\_\_ Dose 2: \_\_\_\_\_ Vaccine Card Provided

- Moderna COVID-19 Vaccine (over 18) 0.5ml
- Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine (over 12) 0.3ml
- Janssen COVID-19 Vaccine (Over 18) 0.5ml

Lot#: \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_ (check QR Code on Moderna vaccine vial for exp. date)

Vaccine administered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Entered into EHR

Notes: \_\_\_\_\_