

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

Informacion 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 Asiatico

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

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|
| ¿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

| Dose # | Vaccine | Brand Name | Lot Number | Exp. | Manuf. | Dose (ML) | Site/Rte | Elib. | EUA Pub Date | EUA VIS Given |
|--------|----------|------------|------------|------|---------|-----------|----------|-------|--------------|---------------|
| | COVID-19 | | | | Moderna | 0.5 | | S | Dec-20 | |
| | Other | | | | | | | | | |

Vaccine Administrator Signature: _____ Title: _____ Date: _____