

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	Moderna			0.5		S		
	COVID-19	Pfizer			0.3		S		
	COVID-19	J & J			0.5		S		
	COVID-19	Moderna Booster			0.25		S		
	COVID-19	Pfizer Peds			0.2		S		

Vaccine Administrator Signature: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_