

Location: _____

Date: _____

Pre-Vaccination Form for Moderna COVID-19 Vaccine and Consent Form for Recipients:

The following questions will help us determine if there is any reason you should not get the COVID-19 vaccine today. 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.	Patient Name: _____ Patient Phone #: _____ Patient DOB: _____ <i>Patient must be ≥ 18 years of age</i>		
Question	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 produce? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Other Product: _____			
3. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g. anaphylaxis) to something? For example, a reaction for which you were treated with epinephrine or EpiPen [®] , for which you had to go to the hospital?			
• Was the severe allergic reaction after receiving a COVID-19 vaccine? • Was the severe allergic reaction after receiving another vaccine or another injectable medication?			
4. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?			
5. Have you received passive antibody therapy as treatment for COVID-19?			

CONSENT FOR SERVICES

I, the undersigned, give my consent for the services that I am requesting from the Oklahoma State Department of Health (OSDH) and its entities/contractors. I understand that:

- the risks and benefits for these services will be explained to me and that I will have the opportunity to ask questions.
- the information regarding myself and the services I receive will be entered into OSDH management information systems and may be used for program evaluation, management and billing purposes.
- I may refuse service at any time.

I acknowledge that I have received a copy of the Oklahoma State Department of Health Privacy Statement as required by the Health Information Portability and Accountability Act (HIPPA). I can also find a copy on the agency website. I also acknowledge that I received the manufacturer-specific Fact Sheet for Recipients and Caregivers prior to receiving the vaccine.

____ **I attest that I have a medical condition or conditions which are considered comorbidities which increase my risk for serious complications from COVID 19 and that I am requesting vaccination at this time due to my medical condition(s).

Patient's Signature: _____

Date: _____

Form Reviewed By: _____

Date: _____

Clinic: _____

Today's Date: _____

COVID-19 Vaccination Form - Please complete each field below with the information that applies to the client receiving services today

CLIENT INFORMATION

Name (Last, First, MI)		Suffix (eg.Jr, III)	Date of Birth	Age*
Street Address		City	State	Zip
County				
Phone Number ()	Cell ☐ Home ☐	Sex ☐ Female ☐ Other ☐ Male ☐ Unknown	Ethnicity ☐ Hispanic/Latino ☐ Not Hispanic/Latino ☐ Unknown	
Race ☐ American Indian/Alaska Native ☐ Black/African American ☐ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ☐ Asian ☐ White ☐ Other				
If the client is under 18 years of age, please complete guardian information				
Guardian relationship to client: ☐ Father ☐ Mother ☐ Legal Guardian ☐ Other				
Guardian Name (Last, First) _____				

CONSENT FOR SERVICE

I, the undersigned, give my consent for the services that I am requesting from the Oklahoma State Department of Health (OSDH) and its entities/contractors. I understand that:

- the risks and benefits for these services will be explained to me and that I will have the opportunity to ask questions.
- the information regarding myself and services I receive will be entered into OSDH management information systems and may be used for program evaluation, management, and billing purposes.
- the information regarding myself and services I receive will be entered into OSDH management information systems and may be used for program evaluation, management, and billing purposes.

I acknowledge that I have received a copy of the Oklahoma State Department of Health Privacy Statement as required by the Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA). I can also find a copy on the agency website. I also acknowledge that I received that manufacturer-specific Fact sheet for Recipients and caregivers prior to receiving the vaccine.

Client/Guardian Signature : _____ **Date:** _____

*Client must be aged 16 years or older to receive the vaccine.

Adapted from OSDH/CHS/CERS ODH 1401/12/17/2020

****FOR OSDH USE ONLY****

Client Name (Last, First, MI) _____ Client DOB (MM/DD/YYYY) _____

OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW			
Client completed the manufacturer's screening questions: ☐ Y ☐ N			
Vaccine Manufacturer: Lot #: Exp. Date:	Site: ☐ LT DELTOID IM ☐ RT DELTOID IM ☐ LT VAST LAT IM ☐ RT VAST LAT IM	EUA*/VIS given? ☐ Y ☐ N Reaction? ☐ Y ☐ N	Dose Number: ☐ 1 st ☐ 2 nd
Vaccination Complete? ☐ Complete ☐ Refused ☐ Not administered ☐ Partially administered ☐ No recorded completion status			
Provider Signature:			

*EAU = Emergency Use Agreement

Progress Note: _____

Clinica: _____ Fecha de hoy: _____

Formulario de Prevacunación Para la Vacuna COVID-19 de Moderna Para los Receptores de la Vacuna

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____
(Debe tener 18 años o más)

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debería recibir la vacuna de COVID-19 hoy. Si su respuesta es "sí" a alguna de estas preguntas, no significa necesariamente que no deba vacunarse. Solo significa que se le deben hacer más preguntas. Si tiene dudas en alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que la explique.

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido una dosis de la vacuna de COVID-19? Si es así, ¿qué vacuna? producto _____			
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (por ejemplo anafilaxia) por algo? Por ejemplo, una reacción por la que recibió tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o por la que haya tenido que ir al hospital. • ¿La reacción alérgica grave fue después de recibir la vacuna del COVID-19? • ¿La reacción alérgica grave fue después de recibir otra vacuna o algún otro medicamento inyectable?			
4. ¿Tiene algún trastorno hemorrágico o está tomando anticoagulantes?			
5. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos como tratamiento para el COVID-19?			

_____*Yo atestiguo de que tengo una condición médica o condiciones que se consideran comorbilidades que aumentan mi riesgo de complicaciones graves por COVID 19 y que solicito la vacunación en este momento debido a mis condiciones médicas.

Formulario rellenado por _____ Fecha _____

Formulario revisado por _____ Fecha _____

Clínica: _____

Fecha de hoy: _____

Formulario de vacunación de COVID-19

Rellene cada campo de este documento con la información que corresponda al cliente que recibirá los servicios el día de hoy.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE										
Nombre (apellido, nombres, inicial segundo nombre)			Sufijo (por ejemplo Jr., III)		Fecha de nacimiento		Edad†			
Domicilio			Ciudad		Estado		Código postal		Condado	
Número telefónico ()		☐ Celular ☐ Hogar		Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Otro ☐ Desconocido		Raza ☐ indio americano/nativo de Alaska ☐ asiático ☐ negro/afroamericano ☐ nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico ☐ blanco ☐ otro		Etnia: ☐ hispano/latino ☐ no hispano/latino ☐ Desconocido		
Si el cliente tiene menos de 18 años, rellene la información del tutor. Relación entre el tutor y el cliente: ☐ padre ☐ madre ☐ tutor legal ☐ otro										
Nombre del tutor (apellido, nombre) _____										
CONSENTIMIENTO PARA EL SERVICIO										
Yo, quien firma al calce, doy mi consentimiento para los servicios que estoy solicitando del Departamento de Salud del Estado de Oklahoma (OSDH) y sus entidades / contratistas. Entiendo que: -- los riesgos y beneficios de estos servicios se me explicarán y que tendré la oportunidad de hacer preguntas. -- la información sobre mí y los servicios que reciba se capturarán en sistemas de administración de información de OSDH y se pueden utilizar para fines de evaluación del programa, administración y facturación. -- puedo rechazar el servicio en cualquier momento. Declaro que he recibido una copia de la Declaración de privacidad del Departamento de Salud del Estado de Oklahoma como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información Médica (HIPAA). También puedo encontrar una copia en el sitio web de la agencia. También declaro que he recibido la hoja informativa del fabricante en particular para quien recibe la vacuna y los cuidadores antes de recibir la vacuna.										
Firma del cliente / tutor: _____					Fecha: _____					

†El cliente debe tener 16 años o más para recibir la vacuna.

****SOLO PARA USO DE OSDH****

Nombre del cliente (apellido, nombre, inicial segundo nombre)		Fecha de nacimiento del cliente (MM/DD/AAAA)	
SOLO PARA USO DE LA OFICINA - NO ESCRIBIR ABAJO			
El cliente completó las preguntas de detección del fabricante. ☐ S ☐ N			
Fabricante de la vacuna: Lote #: Fecha de vencimiento:	Sitio: ☐ LT DELTOIDE IM ☐ RT DELTOIDE IM ☐ LT VAST LAT IM ☐ RT VAST LAT IM	¿Se dio EUA*/VIS? ☐ S ☐ N Reacción? ☐ S ☐ N	Dosis número: ☐ 1 ^a ☐ 2 ^a
¿Se finalizó la vacuna? ☐ Se aplicó. ☐ Se rechazó ☐ No se aplicó		☐ Se aplicó parcialmente ☐ No se ha registrado el estatus de finalización	
Firma del proveedor:			

*EAU = Acuerdo de uso de emergencia

Nota del progreso:
