

Por favor, lleve este formulario completado a su cita con identificación con foto y las tarjetas de seguro aplicables.

CLINICA DE VACUNACION COVID-19
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE ONSLOW (OCHD)
612 COLLEGE ST., JACKSONVILLE, NC 28540
(910) 347-2154

Uso del personal solamente:
 Appt Date: _____
 Appt Time: _____
 Clinic: _____

A. CUESTIONARIO

- S N ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?
- S N ¿Ha tenido COVID-19 en los últimos 30 días?
- S N ¿Ha recibido plasma convaleciente en los últimos 90 días?

Si ha contestado Si a las preguntas 1, 2 ó 3 en la parte de arriba NO ES ELEGIBLE para recibir la vacuna de COVID-19 el día de hoy. DETÉNGASE

PERSONAL DE OCHD QUE HA VERIFICADO LAS PREGUNTAS:

B. INFORMACION DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre, Generación)		Fecha de Nac: (mm/dd/yyyy)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN (xxx-xx-xxxx)
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isla del Pacífico				Origen Hispano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección Completa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			Condado de Residencia	
Teléfono de Casa (xxx-xxx-xxxx)		Celular (xxx-xxx-xxxx)		Teléfono del Trabajo (xxx-xxx-xxxx)
Dirección de Correo Electrónico:				
Mejor manera de contactarlo:		<input type="checkbox"/> SMS/Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Ninguno

C. INFORMACION DE SEGURO MEDICO (USED TO FILE ADMINISTRATION OF COVID-19 VACCINE ONLY)

<input type="checkbox"/> NO SEGURO MEDICO (Vaccine Administration filed to HRSA; no out-of-pocket expense)		OCHD USE ONLY: HRSA#:	
<input type="checkbox"/> CON SEGURO MEDICO (Vaccine Administration filed to Health Insurance Plan; no out-of-pocket expense)			
Nombre del Plan de Seguro Primario	Número de Póliza de Seguro #	Información del Suscriptor Primario si es diferente a la Sección B	
		Nombre:	FDN: / /
Relación del Paciente con el Suscriptor Principal:		<input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> otro Relación	

D. RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTICIA DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

- Yo soy el paciente o el representante legal del paciente.
- He recibido una copia de la "Noticia de las Practicas de Privacidad" del Departamento de Salud del Condado de Onslow (OCHD).
- Yo entiendo que puedo contactar a la persona que aparece nombrada en la Noticia si tuviera preguntas acerca del contenido de la Noticia.

Nombre en Imprenta del Paciente o Representante	Relación con el Paciente
Firma del Paciente o Representante	Fecha

E. HISTORIA DE ANAFILAXIA

- S N ¿Ha tenido historia de **(ANAFILAXIA) SEVERA** a alguna vacuna u otro medicamento inyectable?
- Los siguientes tipos de alergias o reacciones **NO** se consideran **SEVEROS** para el propósito de recibir la vacuna
- Historia a alergias a comidas, mascotas, insectos, veneno, medioambiente, látex, etc.
 - Historia de alergia a medicamentos oral (incluyendo el equivalente oral de un medicamento inyectable)
 - No alergias serias a vacunas u otro tipo de medicamentos inyectable (no anafilaxia)
 - Historia familiar de anafilaxia.

STAFF USE ONLY: If YES, ELIGIBLE but requires 15-30 MINUTES WAIT AFTER vaccination.

Nombre en Imprenta del Paciente (Apellido, Primero Nombre, SN, Generación)

Departamento de Salud del Condado de Onslow

Fecha de Nac: _____

WHAT IS YOUR VACCINE GROUP?

<input type="checkbox"/> Grupo 1	<input type="checkbox"/> Grupo 2	<input type="checkbox"/> Grupo 3	<input type="checkbox"/> Grupo 4	<input type="checkbox"/> Grupo 5
Trabajadores de la salud y trabajadores y residentes de un centro de cuidados a largo plazo.	Cualquier persona de 65 años o más, independientemente de su estado de salud o situación de vida.	Trabajadores esenciales de primera línea.	Adultos con mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave.	Todos que quieren una segura y efectivo vacuna contra el COVID-19.

SECCIONES A CONTINUACIÓN COMPLETADAS POR EL PERSONAL DE OCHD

Verbal Consent Obtained from Patient or Patient’s Representative for Vaccine? Si

Single Dose Johnson & Johnson				
Vaccine	Dx	Admin Site (circle one)		Manufacture & Lot #
<input type="checkbox"/> 0031A (B) / 91303*(R) J&J	Z23	LD	RD	LT RT
I have asked about prior immunizations and reactions. According to informed, no reactions have occurred.		Provider’s Signature		Date
<i>*Medicaid want to see vaccine w/ SL mod</i>		Date entered in CVMS / by whom	Date entered in CureMD / by whom	

Verbal Consent Obtained from Patient or Patient’s Representative for Vaccine? Si

1 ST Dose COVID-19 VACCINATIONS				
Vaccine	Dx	Admin Site (circle one)		Manufacture & Lot #
<input type="checkbox"/> 0011A (B) / 91301*(R) Moderna	Z23	LD	RD	LT RT
<input type="checkbox"/> 0001A (B) / 91300*(R) Pfizer	Z23	LD	RD	LT RT
I have asked about prior immunizations and reactions. According to informed, no reactions have occurred.		Provider’s Signature		Date
<i>*Medicaid want to see vaccine w/ SL mod</i>		Date entered in CVMS / by whom	Date entered in CureMD / by whom	

Verbal Consent Obtained from Patient or Patient’s Representative for Vaccine? Si

2 nd Dose COVID-19 VACCINATIONS				
Vaccine	Dx	Admin Site (circle one)		Manufacture & Lot #
<input type="checkbox"/> 0012A (R) / 91301*(R) Moderna	Z23	LD	RD	LT RT
<input type="checkbox"/> 0002A (R) / 91300 *(R) Pfizer	Z23	LD	RD	LT RT
I have asked about prior immunizations and reactions. According to informed, no reactions have occurred.		Provider’s Signature		Date
<i>*Medicaid want to see vaccine w/ SL mod</i>		Date entered in CVMS / by whom	Date entered in CureMD / by whom	