

COVID-19 Documentation/Consent Form
Documentacion del COVID-19/Forma de Consentimiento

Patient Information (please print legibly)
Informacion del Paciente (Por favor imprima legiblemente)

Last Name: _____ **Name:** _____ **Middle:** _____
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Date of Birth: _____ **Sex:** _____ **Female** **Male**
Fecha de Nacimiento: _____ Género: Femenino Masculino

Address: _____
Dirrección: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Phone: _____ **Email:** _____
No. De Teléfono: _____ Correo Electronico: _____

Screening Questionnaire
(Questionario Diagnostico)

Patient Occupation: _____ **Previous Vaccine Pfizer or Moderna Date:** _____
Ocupacion del Paciente: _____ **Fecha de Vacuna Anterior Pfizer o Moderna:** _____

COVID-19 Screening Questions
Questionario Diagnostico del COVID-19

1. **In the past two weeks, have you tested positive for COVID-19 or are you currently being monitored for COVID-19?**
En las ultimas dos semanas, ha dado positivo en la prueaba de covid-19 o esta siendo monitoreado actualmente por covid-19? Si No
2. **In the past two weeks, have you had contact with anyone who tested positive for COVID-19?**
En las ultimas dos semanas, ha tenido contacto con alguien que dio positivo para covid-19? Si No
3. **Do you currently or have you in the past two weeks had a fever, chills, cough, shortness of breath, difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, headache, new loss of taste or smell, sore throat, nausea, vomiting or diarrhea?**
Tiene actualmente o ha tenido en las ultimas dos semanas fiebre,escalofrios,tos, dificultad para respirar,fatiga, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto o olor, dolor de garganta, náuseas, vómitos o diarrea? Si No

Immunization Screening Questions
Questionario Diagnostico de Vacuna

1. **Are you sick today? (cold, fever, acute illness)?**
Estas enfermo hoy? (Fiebre, resfrio, enfermedad grave)? Si No
2. **Do you have any allergies to medications, food, a vaccine or latex?**
Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, vacunas o látex? Si No
3. **Have you had a serious reaction to a vaccine in the past?**
Ha tenido una reacción serosa a una vacuna en el pasado? Si No
4. **Have you ever had Guillain-Barre syndrome?**
Alguna vez ha tenido el syndrome Guillain Barre? Si No

- 5. Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant in the next month?**
Está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en el próximo mes? Si No
- 6. Are you currently breastfeeding?**
Esta lactando? Si No
- 7. Do you have a blood-clotting disorder or are currently taking blood thinners?**
Tiene un trastorno de la coagulación del la sangre o está tomando anticoagualantes? Si No
- 8. Do you have long-term health problem such as heart disease, lung diseas, liver disease, asthma, kidney disease, metabolic disease (e.g., diabetes), anemia or other blood disorders?**
Tiene un problema de salud a largo plazo, como enfermad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad hepatica, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica, diabetes, anemia o trastornos sanguíneos? Si No
- 9. Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS, rheumatioid arthritis, ankylosing spondylitis, Crohn's disease, or other condition that makes it hard for you to fight infection?**
Tiene Cáncer leucemia, VIH/SIDA, artritis reumatoide, anquilosante espondilitis, enfermedad de Crohn o otra afección que le dificulta combatir las infecciones? Si No
- 10. Do you have a weakened immune system or in the past 3 months, taken medications that weaken it such as cortisone,prednisone, other steroids, anti-cancer drugs or radiation treatments?**
Tiene un Sistema inmunológico debilitado o en los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que lo debilita, como cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cancer o tratamientos de radiación? Si No
- 11. During the past year, have you received a transfusion of blood or blood products or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?**
Durante el ultimo año, ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos o le han administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? Si No
- 12. In the past 4 Weeks, have you received any vaccinations or a TB skin test?**
En las últimas 4 semanas, ha recibido alguna vacuna o una prueba cutánea de tuberculosis? Si No

I have been offered a copy of the COVID-19 Emergency Use Authorization (EUA). I have read, had explained to me, and understand the information in the EUA. I ask that the vaccine be administered to me. I consent to inclusion of this immunization data in the Kansas Immunization Information System (KSWEBIZ) for myself.

Se me ha ofrecido una copia de la autorización de uso de emergencia (EUA) del covid-19. He leído, me han explicado y entiendo la información contenida en la EUA. Pido que me administren la vacuna. Doy mi consentimiento para la inclusión de estos datos de vacunación en el sistema de información de inmunización de Kansas (KS WEBIZ) por mí mismo.

I acknowledge that I have been offered the opportunity to read the Barton County Health Department's Revised Notice of Privacy (HIPPA) effective September 23,2013. I agree that I am seeking services Voluntarily without coercion and I verify that I am not required to participate in any program with the Barton County Health Department in order to receive services

Reconozco que se me ofrcido la oportunidad de leer el Aviso de Privacidad Revisado del Departamento de Salud del Condado de Barton (HIPPA) a partir del 2013. Acepto que busco servicios voluntariamente sin coacción y verifico que no estoy obligado a participar en ningún programa con el Departamento de Salud del Condado de Barton para poder recibir servicios.

Signature of patient
Firma del Paciente

Date
Fecha

Name
Nombre escrito del Paciente

Date of Birth
Fecha de Nacimiento

For Office Use Only (Solamente para uso de la Oficina)

Vaccine: COVID-19

Route: _____ **Dose:** _____

Manufacturer: _____

EUA Date: _____

Lot Number: _____

Site: Deltoid Left Right

Expiration Date: _____

Administered By: _____
Signature and Title of Vaccine Administrator

Date Given: _____