

Prevaccination Checklist for COVID-19 Vaccines



For vaccine 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 it.

Patient Name _____

Age _____

	Yes	No	Don't know
1. Are you feeling sick today?			
2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?			
<ul style="list-style-type: none"> If yes, which vaccine product did you receive? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Another product _____ 			
3. Have you ever had an allergic reaction to:			
(This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that occurred within 4 hours that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)			
<ul style="list-style-type: none"> A component of a COVID-19 vaccine including either of the following: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Polyethylene glycol (PEG), which is found in some medications, such as laxatives and preparations for colonoscopy procedures <input type="radio"/> Polysorbate, which is found in some vaccines, film coated tablets, and intravenous steroids. A previous dose of COVID-19 vaccine. A vaccine or injectable therapy that contains multiple components, one of which is a COVID-19 vaccine component, but it is not known which component elicited the immediate reaction. 			
4. Have you ever had an allergic reaction to another vaccine (other than COVID-19 vaccine) or an injectable medication?			
(This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that occurred within 4 hours that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)			
5. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to something other than a component of COVID-19 vaccine, or any vaccine or injectable medication? This would include food, pet, venom, environmental, or oral medication allergies.			
6. Have you received any vaccine in the last 14 days?			
7. Have you ever had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19?			
8. Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19?			
9. Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies?			
10. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?			
11. Are you pregnant or breastfeeding?			
12. Do you have dermal fillers?			

Form reviewed by _____

Date _____



County of San Diego

Immunization Registration Form
(Forma para registro de vacunas)
إستمارة التسجيل للتأطاح

Event Site:
Champions for Health
Date:

PLEASE PRINT PATIENT'S INFORMATION / الرجاء كتابة معلومات المريض
FAVOR DE IMPRIMIR LA INFORMACION DEL PACIENTE

LAST NAME/APELLIDO/ اللقب		FIRST NAME/PRIMER NOMBRE/ الإسم الأول	MIDDLE INITIAL/INICIAL/ الإسم الوسيط

DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO/ تاريخ الولادة		AGE/EDAD/ العمر	GENDER/GENERO/ الجنس
MONTH/MES	DAY/DIA	YEAR/AÑO	<input type="checkbox"/> MALE MASCULINO ذكر <input type="checkbox"/> FEMALE FEMENINO أنثى <input type="checkbox"/> NON-BINARY NO BINARIO
*If under age 18, parental consent required (indicate below)			

RACE/RAZA/ أصل		ETHNICITY/ETNICIDAD/ الأصل العرقي	OCCUPATION/OCUPACIÓN/ عمل
<input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN/ ALASKAN NATIVE <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN/PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> OTHER RACE	<input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> UNKNOWN <input type="checkbox"/> DECLINE	<input type="checkbox"/> HISPANIC/LATINO <input type="checkbox"/> NON HISPANIC/LATINO <input type="checkbox"/> UNKNOWN/DECLINE	<input type="checkbox"/> FIRST RESPONDER PERSONAL DE PRIMER CONTACTO <input type="checkbox"/> HEALTHCARE WORKER TRABAJADOR DE SALUD <input type="checkbox"/> LONG TERM CARE FACILITY STAFF PERSONAL EN UN CENTRO DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO <input type="checkbox"/> OTHER (specify): OTRO (ESPECIFICAR)

HOME/MOBILE PHONE/TELEFONO / رقم هاتف المنزل		EMAIL/CORREO ELECTRÓNICO	

AREA CODE/LADA/ رمز المنطقة	STREET ADDRESS/CALLE Y NUMERO/ عنوان الشارع	CITY/CIUDAD المدينة	STATE/ESTADO الولاية	ZIP CODE/ZONA POSTAL/ الرمز البريدي
<input type="checkbox"/> UNSHELTERED <input type="checkbox"/> SHELTERED				

Have you received immunizations during the last 12 months? / هل أخذت أية لقاحات في الإثنى عشر شهر الماضية؟	<input type="checkbox"/> YES / نعم	<input type="checkbox"/> NO / لا
Ha recibido vacunas aquí durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

<p>A. I have been given a copy and have read, or have had explained to me, the information in the specific Vaccine Information Statement(s) about the disease(s) and the vaccine(s) which will be given today. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and the risks of the vaccine(s) and allow this (these) vaccine(s) checked below to be given to me or to the person for whom I am authorized to make this request.</p> <p>B. I understand that the patient's name, other identifying information and immunization history may be shared with other licensed health providers, e.g., physicians, nurses, hospitals, etc. and schools for the purpose of immunization management and I consent to the release of this information, unless I have indicated that I do not wish for my record to be shared by making a checkmark in the column labeled "SDIR Decline to Share."</p>	<p>A. Me han dado una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en la Declaración de Información de vacunas sobre las enfermedades y vacunas indicadas abajo. He tenido oportunidad de hacer preguntas, las que me han sido contestadas a mi completa satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas y pido que esta(s) vacuna(s) indicadas abajo sean aplicadas a mi or a la persona que nombre aparece abajo, por quien estoy autorizado/a para hacer esta solicitud.</p> <p>B. Entiendo que el nombre del paciente y otra información de identificación, así como la historia de vacunación pudiera ser compartida con otros proveedores de salud con licencia, por ejemplo otros médicos, enfermeras, hospitales, etc. y escuelas para propósitos de manejo de las vacunas y que yo estoy de acuerdo que esta información sea compartida, a menos de que yo haya indicado que no deseo permitir que mis datos sean compartidos marcando la columna "SDIR Decline to Share."</p>
--	---

SIGNATURE/FIRMA/ التوقيع	DATE / FECHA/ التاريخ	SDIR Decline to Share (only check if declining to share)/Negarse a compartir/ رفض المشاركة
		<input type="checkbox"/>

PARENT NAME (If under age 18)	PARENT PHONE

OFFICE USE ONLY BELOW

Vaccine Given (Brand Name)	Lot #	Expiration Date	Site	
			LD	RD
			LD	RD
			LD	RD
			LD	RD

VIS Print Date: 12/20/2020 VIS given (initials):

VACCINATOR Name (print):	Sign:	SDIR #:

SDIR Data Entry Completed by	Name:	Date:

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy.

Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse. Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre del paciente _____

Edad _____

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro producto _____ 			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia Polisorbato Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, al polisorbato, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca.			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19?			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o usa medicamentos o terapias inmunodepresores?			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			

Formulario revisado por _____

Fecha _____

