925 North Fourth Street Wilmington NC 28401
Phone: 910-343-0270
Fax: 910-251-1540

Office Use:	
NP	EST

VACCINATION ADMINISTRATION CHECK-IN

Please Print Information

***First Name:** ____________________________________ **Last Name:** _________________________ **Phone**_______________

***Date of Birth:**_________/________/_______ ***Email:** ___________________________**SSN#** _________ _______ ___________
Month Day Year

***Address:** ____ ***City:** ____________________________________

***County**________________**State:**____________**Zip Code**_______________ ***Preferred Method of Contact: Email Text Phone** (**Circle**)

***Insurance Yes**_____ **No**_____ **Insurance Carrier** __________________________**Policy ID number**_______________________

***Race**: ☐ Asian ☐ Black/African American ☐ American Indian or Alaskan Native ☐ White ☐ Other Race

***Ethnicity**: ☐Not Hispanic or Latino ☐Hispanic or Latino ***Gender**: ☐ Male ☐ Female ☐ Unknown

Please Answer the Following:

*Are you an Essential Frontline Worker (e.g., Police, Food Processing, Teacher)? ☐ No ☐ Yes
Employer Name Required, if Yes: ____

*Do you reside or work in a long-term care facility? ☐ No ☐ Yes
Facility Name required, if Yes ____

*Are you part of a state or federal recognized tribal nation: ☐ No ☐ Yes
Community Name required, if Yes: ____

*How many conditions known to increase risk of severe illness from COVID-19 does the recipient have? __**None**__**One**___**Two or More**

Conditions shown below:

*Asthma (moderate-to-severe) *Neurologic conditions (e.g., dementia) *Overweight (BMI > 25 kg/m2, but < 30 kg/m2)

*Cerebrovascular disease *Obesity (BMI of 30 kg/m2 or higher, but < 40 kg/m2) *Chronic kidney disease *Severe Obesity (BMI ≥ 40 kg/m2)

*COPD (chronic obstructive pulmonary disease) *Pregnancy *Cystic fibrosis *Pulmonary fibrosis *Smoking

*Heart conditions (e.g., heart failure, coronary artery disease, cardiomyopathies) *Sickle cell disease *Hypertension or high blood pressure

*Immunocompromised *Thalassemia *Liver disease *Type 1/Type 2 diabetes mellitus *Cancer
For additional information on conditions: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html

OFFICE USE ONLY
DISCLOSURE STATEMENT: Life threatening allergic reactions to vaccines are very rare. Signs of a serious allergic reaction include shortness of breath, hoarseness of wheezing, hives, paleness, weakness, elevated heart rate, or severe dizziness. These symptoms may occur within a few minutes or up to 48 hours after the vaccination. If the recipient is experiencing any of these symptoms, the recipient has been instructed to contact a healthcare provider immediately.
________***VERBAL CONSENT: The recipient or legal guardian has been provided the benefits and potential adverse reactions and provides consent to receive the vaccine.**

925 North Fourth Street Wilmington NC 28401
Telefono: 910-343-0270
Fax: 910-251-1540

Uso Oficina:
NP EST

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNA COVID

Imprimir información

***Primer Nombre:** ______________________________ **Apellido:** ________________________ **telefono**______________

***Fecha de Nacimiento :**_______/_____/______ **Correo electronico:** _________________________ **Numero de seguro social** ________ _______ _____

Mes Dia Ano

***Direccion:** ____ ***Ciudad:** ______________________________

***Condado**_______________**Estado:**________________ **Codigo Postal**_______ ***Método de contacto: Circulo Electronico Texto telefono**

***Seguro Si**_____ **No**_____ **Compania De Seguro** ________________________**ID de Seguro**____________________

***Rasa**: ☐ Asiatica ☐ Black/Afroamericano ☐ India americano O alaskan de nativa ☐ Blanco ☐ Otra Rasa

***Etnia**: ☐No Hispano o Latino ☐ Hispano o Latino **Genero**: ☐ Masculino ☐ Masculina ☐ Desconocida

Por favor responda a lo siguiente:

*Es usted un trabajador de primera linea esencial (por ejemplo, policía, maestro, procesamiento de alimentos)? ☐ No ☐ Si

Nombre del empleador requerido, si es asi: ____

*Reside o trabaja en un centro de atencion a largo plazo? ☐ No ☐ Si

Nombre del instalaciones requerido, si es asi ____

*Es parte de una nacion tribal reconocida estal o federalmente: ☐ No ☐ Si

Nombre de la comunidad requerido, si es asi: ____

*Cuantas condiciones que se sabe que aumentan el riesgo de enfermedad grave por COVID-19 tiene? ___**Nenguna** ___**Uno** __**Dos o mas**

*Condiciones que se muestran a continuación:

__Asma (moderada a grave) __Afecciones neurológicas (por ejemplo, Demencia) __Sobrepeso *Enfermedad cerebrovascular

__Obesidad severa __ Enfermedad renal crónica__EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) __Embarazo __Fibrosis quística

__Fibrosis pulmonar __Tabaquismo__ Afecciones cardíacas (por ejemplo, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, cardiomiopatías) __Enfermedad de células falciformes __Hipertensión o presión arterial alta

__Inmunodeprimido __Talasemia __Enfermedad hepática __Diabetes mellitus tipo 1 / tipo 2 __Cáncer

Para obtener información adicional sobre las condiciones: *https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html*

Uso de oficina solamente:

DISCLOSURE STATEMENT: Life threatening allergic reactions to vaccines are very rare. Signs of a serious allergic reaction include shortness of breath, hoarseness of wheezing, hives, paleness, weakness, elevated heart rate, or severe dizziness. These symptoms may occur within a few minutes or up to 48 hours after the vaccination. If the recipient is experiencing any of these symptoms, the recipient has been instructed to contact a healthcare provider immediately.

_______***VERBAL CONSENT: The recipient or legal guardian has been provided the benefits and potential adverse reactions and provides consent to receive the vaccine.**

Prevaccination Checklist for COVID-19 Vaccines

For vaccine recipients:

Patient Name ______________________

Age __________

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.

	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 product did you receive? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ 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.)			
• A component of the COVID-19 vaccine, including polyethylene glycol (PEG), which is found in some medications, such as laxatives and preparations for colonoscopy procedures			
• Polysorbate			
• A previous dose of COVID-19 vaccine			
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, polysorbate, or any vaccine or injectable medication? This would include food, pet, 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?			

Form reviewed by ______________________ **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?			
• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ 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).			
• 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 (*blood thinner*)?			
11. ¿Está embarazada o amamantando?			

Formulario revisado por ______________________ **Fecha** ____________

Adaptado, con reconocimiento, de las listas de verificación de evaluación de la Coalición de Acción para la Vacunación (IAC)