

Madison Regional Health System

Lista de verificación antes de la vacunación el COVID-19

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Edad _____ Nombre de médico _____

Dirección _____

Raza _____ Etnicidad _____

Numero de telefono _____ Empleador _____

Questions?	Si	No	No se'
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 / Janssen (Johnson & Johnson) / 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). *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. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (<i>blood thinner</i>)?			
6. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19? Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?			
7. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días?			

For office use only below

First injection of series Priority Group _____ Date: _____

Consent _____ V-Safe _____ EUA given _____ Manufacturer Pfizer/Moderna/Janssen

Lot # _____ Vaccine expiration date _____ Injection Site _____

Administered by _____ *Second dose schedule date* _____

Documentation: SDIIS _____ Order entered _____ Administered on eMAR _____

Second injection of series Date _____ *EUA given* _____

Side effects of *1st dose* _____ *Consent* _____

Manufacturer Pfizer/Moderna Lot # _____ Vaccine expiration date _____

Injection Site _____ Administered by _____

Documentation: SDIIS _____ Order entered _____ Administered on eMAR _____
