



## Iredell County Health Department COVID-19 Vaccine Registration Form



Recipiente de la Vacuna o Personal de Inscripción complete la **sección 1** (favor de escribir en letra de molde):

Escriba el Nombre: \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer  Otro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido:  Texto (SMS)  E-mail  Ambos  Ninguno

Raza:  Negro o Africano Americano  Blanco  Asiático  Otro: \_\_\_\_\_ Grupo Etnico: Hispano o Latino-  Sí  No

Idioma Hablado:  Ingles  Español  Otro: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a algún medicamento?  Sí  No-

Apúntelos aquí: \_\_\_\_\_

### 1. ¿En cuál grupo está usted?

- Grupo 1- Profesional de la Salud y Personal y Residentes de una instalación de cuidado a largo plazo
- Grupo 2- Adulto Mayor (65 años y más)
- Grupo 3- Trabajador Esencial de Primera Línea\*
- Grupo 4- Adulto con mayor riesgo a la exposición y mayor riesgo de enfermedad grave
- Grupo 5- Ninguno de los anteriores

*(\* El CDC define los trabajadores esenciales de primera línea como los primeros en responder (bomberos y policías), funcionarios de prisiones, trabajadores agrícolas y de alimentos, trabajadores del Servicio Postal de los EEUU, trabajadores de fabricación, trabajadores del tránsito público y aquellos que trabajan en el sector de educación (maestros y el personal de apoyo) así como trabajadores del cuidado de niños.*

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_

Hora de la Cita: \_\_\_\_\_

Sitio: \_\_\_\_\_

Por favor, no llegue más de 15 minutos antes de su cita.

Si tiene seguro médico, favor proveernos la información a continuación. No le facturaremos a usted por el costo de la vacuna si el seguro médico no la paga.

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Número de la Póliza: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Suscriptor: \_\_\_\_\_

Se ha dado el Aviso de Normas de Privacidad



Vaccinator complete section 2:

**Females:**

Are you pregnant?  Yes  No-  **If yes**, explained that there are no data on the safety of COVID-19 vaccine in pregnant women. Should discuss with physician prior to vaccination if questions or concerns.

Are you breastfeeding?  Yes  No-  **If yes**, explained that that there are no data on the safety of COVID-19 vaccine in breastfeeding women or on the effects on the breastfed infant or milk production/excretion. Should discuss with physician prior to vaccination if questions or concerns.

**All recipients:**

- The following handouts were given and were reviewed by the individual/caregiver prior to vaccination:
  - COVID-19 Vaccine Eligibility, Contraindications, and Precautions
  - Fact Sheet for Recipients and Caregivers Emergency Use Authorization (EUA) for COVID-19 Vaccine to Prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)
  - V-safe after vaccination health checker information
- Screened for potential allergy to vaccine or components of the vaccine.
- Instructed not to receive another vaccine within 14 days of receiving COVID vaccine.
- Encouraged to remain in observation area for 15 minutes; 30 minutes if history of an anaphylactic reaction to any vaccine or other injectable therapy.
- Instructed to contact a healthcare provider immediately if symptoms of allergic reaction occur, including shortness of breath, hoarseness, wheezing, hives, paleness, weakness, elevated heart rate, or severe dizziness.

**If on a blood thinner or has a bleeding disorder:**

- States has had IM vaccines or other injectable treatments without problems.
- Physician note with approval to receive the IM vaccine attached.
- Verbal consent:** The benefits of vaccination and potential adverse reactions, including severe allergic reaction, have been explained to the individual/caregiver and they have provided verbal consent to have the vaccine administered. Nurse initials: \_\_\_\_\_

Administered by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Site: RD \_\_\_\_\_ LD \_\_\_\_\_ RVL \_\_\_\_\_ LVL \_\_\_\_\_

Affix Label Here with vaccine name and manufacturer, Lot # and Expiration Date

- If first dose of Moderna vaccine, instructed to return for 2<sup>nd</sup> dose in \*28 days
- If first dose of Pfizer vaccine, instructed to return for 2<sup>nd</sup> dose in \*21 days

**\*Note: If receiving the first in a 2-dose series, the second dose should be given as close as possible to the target date, but if target date is missed there is no need to restart or repeat any doses. Not to be given earlier than day 24 after the first vaccine Moderna or day 17 after the first Pfizer vaccine.**