

Tulsa Health Department COVID-19 Worksheet

Vacuna: Pfizer 1ª Dosis 2ª Dosis Moderna 1ª Dosis 2ª Dosis Janseen Fecha y Lugar de 1ª dosis

Apellido Legal (<i>paterno</i>)		Nombre		2º Nombre		Fecha de Nacimiento		Edad:		Genero: <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	
Dirección				Ciudad		Condado		Estado		Código Postal	
Número de Teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		Seguro Social # (<i>Opcional</i>)		Etnia: Origen Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otro Isleño Pacifico					
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro			Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legal								
¿Da permiso para contactar por correo o teléfono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Correo Electrónico:							

Información de Seguro Medico

¿El paciente tiene seguro médico? Sí No Si su respuesta es...Si, por favor de contestar lo siguiente.

<input type="checkbox"/> Medicaid/Soonercare	Numero de Medicaid:	Nombre (Come está en la tarjeta medica)		Apellido de soltero de la mama	
<input type="checkbox"/> Seguro Privado	Nombre de su Seguro Primario:	Nombre del tenedor de Póliza:		Numero de Grupo:	Numero de Póliza :
	Nombre de su Seguro Secundario	Nombre del tenedor de Póliza:		Numero de Grupo:	Numero de Póliza :
<input type="checkbox"/> Medicare	Tiene Medicare Parte B: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es Medicare su póliza principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Numero de Medicare:	

Consentimiento: Yo, el firmante, doy mi consentimiento para los servicios que estoy solicitando al Departamento de Salud de Tulsa (THD) y a sus entidades/contratistas. Reconozco que recibí la hoja Informativa Del Fabricante de la vacuna para los destinatarios y cuidadores antes de recibir la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo entiendo los beneficio y riesgos de la vacuna y solicito que se me administre la vacuna o a la persona para la que estoy autorizado a dar mi consentimiento. He revisado el Aviso de Practicas de Información de Salud (HIPAA) y entiendo que la información puede ser proporcionada a funcionarios de salud pública, profesionales de la salud y entidades de procesamiento de seguros.

Firma del Paciente _____

Fecha: _____

Para Menores de Edad: Firma del Padre O Tutor: _____

Relación con el Paciente: _____

Preguntas Medicas:

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| 1. ¿Tiene fiebre (>100F), infección o está enfermo hoy? | Sí No | 6. ¿Está embarazada, planea estarlo o está lactando? | Sí No |
| 2. ¿Tiene alergia a una dosis anterior de la vacuna Covid o a un componente de la vacuna Covid | Sí No | 7. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomado un anticoagulante? | Sí No |
| 3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (anafiláctica) a otra cosa (comida, mascotas, picadura de insecto, etc.)? | Sí No | 8. ¿Tiene una condición de inmunocompromiso severo? | Sí No |
| 4. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos como tratamiento para COVID-19? | Sí No | 9. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días? | Sí No |
| 5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica significativa a otra vacuna u otra inyección? | Sí No | 10. ¿Tiene rellenos dérmicos? | Sí No |

Date Administered	Vaccine Type	Manufacturer	Lot Number / Exp Date	Site	OSHS Data Entry Clerk Int. & Date Completed	iPad Portal Complete
	COVID Vaccine					

Nurse / Vaccine Administrator: Print Name _____

Signature _____