

SITE NAME: SwedishAmerican Health System

DATE (MM/DD/YYYY): ____/____/____

MRN: _____

Please complete the following information for the person receiving the COVID-19 vaccine.
Favor completar la siguiente información para la persona que recibe la vacuna contra la COVID-19.

SECTION 1. INFORMATION ON PERSON RECEIVING VACCINE/ INFORMACION DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VACUNA			
Last Name/APELLIDO		Name/Nombre	
Date of Birth/Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): ____/____/____		M.I./Segundo nombre.	
Age/Edad: <input type="checkbox"/> Months/Meses <input type="checkbox"/> Years/Años			
Race/Grupo racial <input type="checkbox"/> Black/Negro <input type="checkbox"/> White/Blanco <input type="checkbox"/> Asian/Asiático <input type="checkbox"/> Other/Otro <input type="checkbox"/> Unknown/Desconocido		Ethnicity/Grupo étnico <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/No Hispano <input type="checkbox"/> Hispanic or LatinX/Hispano o Latino	
		Sex/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino <input type="checkbox"/> Non-binary identifying/no binario	
Address/Dirección		Apt./Apartamento	
City/Ciudad	State/Estado		Zip/Código postal
Phone with area code/ Número de teléfono incluyendo el código de área (____)____-____ <input type="checkbox"/> Can receive SMS text messaging at this number/se pueden recibir mensajes de texto en este número		Email Address/dirección de correo electrónico	
Preferred communication for vaccine information/ Comunicación de preferencia para la información sobre vacunas:		<input type="checkbox"/> Text/Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> Call/Llamada
		<input type="checkbox"/> Email/ Correo electrónico	
Language Preference/ modo de comunicación preferido para información sobre la vacuna:		<input type="checkbox"/> English/Inglés	<input type="checkbox"/> Spanish/Español
Occupation/Job Role (Ocupación/función laboral):		Employer/ Empleador:	
I work in/Yo trabajo en:			
<input type="checkbox"/> Health Care & Public Health/ Atención médica & Salud pública <input type="checkbox"/> EMS/ Servicios de Emergencia <input type="checkbox"/> Law Enforcement/Orden público <input type="checkbox"/> Transportation Systems/ sistemas de transporte	<input type="checkbox"/> Governmental Facilities/ Instituciones gubernamentales <input type="checkbox"/> Water Supply & Waste Treatment/ Suministro de agua & tratamiento de residuos <input type="checkbox"/> IT/Tecnología de la Información <input type="checkbox"/> Food & Agriculture/ Alimentación y agricultura	<input type="checkbox"/> Nuclear Industry/industria nuclear <input type="checkbox"/> Energy/ Industrias de electricidad o gas natural <input type="checkbox"/> Financial/Finanzas <input type="checkbox"/> Defense Industries/ Industrias de defensas	<input type="checkbox"/> Retail/Ventas <input type="checkbox"/> Chemical/ Química <input type="checkbox"/> Communications/ Comunicaciones <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____
I live in/Vivo en:			
Long term care facility		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No	
Congregate care or group home		<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No	

Please Continue to Section 2 on Next Page

SECTION 2. SCREENING QUESTIONS/PREGUNTAS

1. Have you been previously vaccinated against COVID-19? Yes/Si No/No
¿Ya ha recibido la vacuna contra COVID-19?

2. Have you ever had a serious reaction to a previous vaccination? Yes/Si No/No
¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica seria después de una vacuna?

3. Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a vaccine? Yes/Si No/No
¿Alguna vez ha sufrido del síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas siguientes luego de recibir la vacuna contra la influenza? (Guillain-Barré es un síndrome de debilidad muscular temporal)

4. Do you have any of the following medical conditions that place you at higher risk from COVID-19 infection? *Please check all that apply/¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas que le colocan en mayor riesgo de la infección por COVID-19? Por favor, marque todo lo que corresponda*

<input type="checkbox"/> Cancer/ Cáncer <input type="checkbox"/> Chronic kidney disease/ Enfermedad crónica de los riñones <input type="checkbox"/> Transplant recipient of solid organ/ Recipiente de trasplante de órgano sólido <input type="checkbox"/> Obesity – Body Mass Index (BMI) greater than or equal to 30/ Obesidad – Índice de Masa Corporal (IMC) mayor que o igual a 30	<input type="checkbox"/> Heart disease – heart failure, coronary artery disease, cardiomyopathies/Enfermedad cardíaca – insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, cardiomiopatías <input type="checkbox"/> Sickle cell disease/ Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Type 2 Diabetes/ Diabetes tipo 2
---	--

5. For females, are you currently pregnant or breastfeeding? Yes/Si No/No
¿Está embarazada o lactando actualmente?

SECTION 3. CONSENT FOR VACCINATION/CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN

I have read or had explained to me the Emergency Use Authorization (EUA) for the COVID-19 vaccine and understand the risks and benefits. I understand that the vaccinator will determine the type of COVID-19 vaccine to be given based on my responses to the questions and I certify that the information that I have provided above is accurate. I give consent to the Winnebago County Health Department or its authorized agent to be vaccinated against COVID-19.

He leído o me he explicado la Declaración de Información sobre Vacunas 2020-2021 para la vacuna contra la influenza y entiendo los riesgos y beneficios de esta. Entiendo que el vacunador determinará el tipo de vacuna que se administrará de acuerdo con mis respuestas en las preguntas e información proporcionadas anteriormente. Doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Condado de Winnebago para ser vacunado(a) o para vacunar a mi(s) hijo(a) con la vacuna contra la influenza de esta temporada.

Signature of person being immunized, or authorized representative/Firma de la persona inmunizada o representante autorizado.

X _____

Relationship/Relación: _____ Date/Fecha: ____/____/____

SECTION 4. VACCINATION INFORMATION/ INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA

FOR INTERNAL USE ONLY/ PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Vaccine Manufacturer: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna	Vaccinator ID: _____
Lot Number: _____	Vaccinator Initials: _____
Expiration Date (MM/DD/YYYY): ____/____/____	Admin Date (MM/DD/YYYY): ____/____/____
	Admin Site: <input type="checkbox"/> Left Arm <input type="checkbox"/> Right Arm