



Screening Questionnaire for COVID-19 Vaccination

(Please fill out form for each person receiving a vaccination today)

Each patient must complete this form to be vaccinated. The information on this form should be filled in for the person receiving the vaccination today. A separate form should be used for each member of your family **IF** multiple people are receiving vaccine today. **PLEASE PRINT CLEARLY!**

The following questions will help us determine if there is any reason, we should not give you or your child COVID-19 vaccine today. If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean you (or your child) should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask clinic staff to explain it.

Please answer the following questions. Mark YES or NO:

Is the person to be vaccinated sick today?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Which vaccine product did you receive? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)	
Did you bring your vaccination record card or other documentation?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever had an allergic reaction to:	
A component of a COVID-19 vaccine, including either of the following:	
Polyethylene glycol (PEG), which is found in some medications, such as laxatives and preparations for colonoscopy procedures	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Polysorbate, which is found in some vaccines, film coated tablets, and intravenous steroids	
A previous dose of COVID-19 vaccine	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Another vaccine (other than COVID-19 vaccine) or an injectable medication	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<i>Allergic reactions include 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 caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.</i>	
Check all that apply to you:	
<input type="checkbox"/> Have a history of myocarditis or pericarditis	<input type="checkbox"/> Have a bleeding disorder
<input type="checkbox"/> Have a history of heparin-induced thrombocytopenia (HIT)	<input type="checkbox"/> Have a history of Guillain-Barré Syndrome (GBS)
<input type="checkbox"/> Have a weakened immune system (i.e., HIV infection, cancer) or take immunosuppressive drugs or therapies	<input type="checkbox"/> Had COVID-19 and was treated with monoclonal antibodies or convalescent serum
<input type="checkbox"/> Had a severe allergic reaction to something other than a vaccine or injectable therapy such as food, pet, venom, environment, or oral medication allergies	<input type="checkbox"/> Was diagnosed with Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A) after a COVID-19 infection
	<input type="checkbox"/> Take a blood thinner
	<input type="checkbox"/> Are currently pregnant or breastfeeding
	<input type="checkbox"/> Have received dermal fillers
	Child's weight Temperature

First name:	Last name:
Middle name:	Sex (Gender): <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Prefer not to answer
Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> African-American/Black	Hispanic or Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Pacific Islander/Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Caucasian/White <input type="checkbox"/> Other race: _____	
Date of birth (MM/DD/YYYY):	Age:
Phone:	Email:
Address:	City: Zip code:

My signature below indicates that (please sign at the clinic):

- I have read or had explained to me the “EUA Vaccine Fact Sheet for Recipients and Caregivers.”
- I had an opportunity to ask questions which were answered to my satisfaction.
- I believe I understand the benefits and risks of COVID-19 vaccine and request that it be given to me or to the person for whom I am authorized to make the request.
- I have been provided with a copy of the Notice of Privacy Practices.
- I have answered the questions to the best of my ability.
- I understand that my vaccination record will be kept in the California Immunization Registry (CAIR) database.

X

Signature/Guardian	Today's Date	Relationship of Guardian
---------------------------	---------------------	---------------------------------

FOR CLINIC STAFF ONLY

Vaccine type: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (J&J)	Injection site: <input type="checkbox"/> Left arm <input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Left leg <input type="checkbox"/> Right leg	Place Lot # Sticker here	Data entry stamp
Vaccinator last name:		Vaccination date:	



Cuestionario de selección para la vacunación contra el COVID-19

(Por favor llene este formulario para cada persona recibiendo una vacuna)

Cada paciente debe completar este formulario para poder ser vacunado. Se debe llenar este formulario con la información de la persona recibiendo una vacuna hoy. Se debe llenar un formulario separado para cada miembro de su familia **SI** es que más de una persona va a ser vacunada hoy. **¡FAVOR DE IMPRIMIR DE MANERA CLARA Y CONCISA!**

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deberíamos vacunarle a usted o a su hijo(a) con la vacuna COVID-19. Si contesta “sí” a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo(a)) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. **Si una pregunta no esta clara, por favor pregunte a un persona de la clínica para que se le explique.**

Por favor, conteste las siguientes preguntas. Seleccione SÍ o NO:

La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cuál vacuna le pusieron?	<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech	<input type="checkbox"/> Moderna
	<input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson)	
¿Trajo su tarjeta de vacunación o otra documentación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente?		
Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como:		
Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Polisorbato, el cual es encontrado en algunas vacunas, comprimidos recubiertos con película y esteroides intravenosos		
Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>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.</i>		
Marque todo lo que se aplica a usted:		
<input type="checkbox"/> Tengo historia de miocarditis o pericarditis	<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno de la coagulación	<input type="checkbox"/> Tomo anticoagulantes
<input type="checkbox"/> Tengo una historia de trombocitopenia inducida por heparina	<input type="checkbox"/> Tengo historia de Síndrome de Guillain-Barré (SGB)	<input type="checkbox"/> Estoy actualmente embarazada o lactando
<input type="checkbox"/> Tengo una deficiencia del sistema inmune (p.ej., infección VIH, cáncer) o tomo drogas inmunosupresoras	<input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 and fue tratada con anticuerpos monoclonales o con plasma de paciente convaleciente	<input type="checkbox"/> He recibido rellenos dérmicos
<input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica severa a algo que no es vacuna o terapia inyectada como comida, animales, veneno, medio ambiente o medicamento	<input type="checkbox"/> Diagnosticado(a) con Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-C or MIS-A) después de una infección con COVID-19	
		Peso del niño(a)
		Temperatura

Primer nombre:	Apellido:		
Segundo nombre:	Sexo (Género):	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
Su raza(s):	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro
	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra: _____
			¿Es Hispano(a) o Latino(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):	Edad:		
Teléfono:	Correo Electrónico:		
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	

Mi firma abajo indica que (por favor firma en la clínica):

- Yo he leído o alguien me ha explicado la “Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en ingles) de la vacuna contra el COVID-19.”
- Yo tuve una oportunidad para hacer preguntas, las cuales fueron respondidos a mi satisfacción.
- Yo creo entender los beneficios y los riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y pido que se me lo den a mi o a la persona para quien soy autorizado para hacer el pedido.
- Yo he sido proveído con una copia del Aviso de las Normas de Preivacidad (Notice of Privacy Practices).
- Yo he respondido a las preguntas al mejor de mi habilidad.
- Yo entiendo que se mantendrá un registro de mi vacuna en el base de datos Registro de Inmunización de California (California Immunization Registry database).

X

Firma/Guardián	Fecha de Hoy	Relación al Guardián
----------------	--------------	----------------------

SOLAMENTE PARA USO DE PERSONAL DE LA CLINICA

Vaccine type:	Injection site:	Place Lot # Sticker here	Data entry stamp
<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Left arm <input type="checkbox"/> Right arm		
<input type="checkbox"/> Janssen (J&J)	<input type="checkbox"/> Left leg <input type="checkbox"/> Right leg		
Vaccinator last name:	Vaccination date:		