



STANISLAUS COUNTY - HSA

2021 COVID-19 Vaccination Screening Form

PATIENT (person receiving vaccine)					
Last Name:		First Name:		Date of Birth:	
Address, City, Zip Code			Female	Age	Male
Telephone		Email			
RACE: <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other Race <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> White		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Unknown			

Parent / Legal Guardian (necessary if patient is UNDER 19 years old)		
Last Name:	First Name:	Date of Birth:

Screening Checklist for Contraindications to COVID-19 Vaccination

For the person getting vaccinated today to be eligible to receive the COVID-19 vaccine, you must read, answer all the questions and sign this consent form. Depending on your answers you and/or your child will either receive the Pfizer or the Moderna COVID-19 vaccine or be asked additional questions. Please read the Emergency Use Authorization (EUA) form we have provided to you. Both vaccines require 2 doses. You will need to return in 21 days for Pfizer or 28 days for the Moderna vaccine.

1. Are you feeling sick today?	Yes	No	
2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?	Yes	No	
If YES, which vaccine product? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Other Product:			
3. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) in general, to a vaccine or other injectable medication?	Yes	No	
4. Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19?	Yes	No	
5. Have you received another vaccine in the last 14 days?	Yes	No	
6. Have you had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19?	Yes	No	
7. Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies?	Yes	No	
8. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?	Yes	No	
9. Are you pregnant or breastfeeding?	Yes	No	N/A

Vaccination and RIDE/Healthy Futures Registry Consent

This acknowledgement must be signed on the date the vaccine is administered by the person to receive the vaccine, or by the parent or legal guardian

Acknowledgment: I have been given a copy and have read the "Emergency Use Authorization" (EUA) form. I understand the benefits and risks of the vaccine and request that the vaccine be given to me or to the person for whom I am authorized to make this request. I also understand my immunization information will be entered into the RIDE/Healthy Futures Immunization Registry. I release Health Services Agency/Communicable Disease Prevention Section from all claims relating directly or indirectly to the administration of the vaccine to myself or to the child and I further agree to indemnify and hold HSA/PH harmless from all such claims.

I, the undersigned, certify that all the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Signature of Patient, Parent or Legal Guardian: _____ Date: _____

For Administrative Use Only			
<input type="checkbox"/> PFIZER VACCINE	<input type="checkbox"/> MODERNA VACCINE	<input type="checkbox"/> OTHER VACCINE:	
<input type="checkbox"/> Lot #	<input type="checkbox"/> Lot #	<input type="checkbox"/> Lot #	<input type="checkbox"/> Lot #
Vaccinator: (signature)	Vaccine Administration Site (specify site): Deltoid L / R OTHER:	Date of Dose # 1	Date of Dose # 2
CLINIC LOCATION:		EUA Provided Yes / No	Data Entered into CPS / HF: (initials & date entered)
CLINIC DATE:		Rev 1/25/2021	

STANISLAUS COUNTY - HSA

2021 COVID-19 Vaccination Screening Form

2021 Evaluación para la Vacuna de COVID-19

PACIENTE (persona que recibirá la vacuna)					
Apellido:		Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Domicilio, Ciudad, Código Postal			Femenino		Edad:
			Masculino		
Teléfono:		Correo Electrónico (Email):			
RAZA: <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> India Asiática <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái, Otro de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Desconocido, No Se <input type="checkbox"/> Blanca			ETNIA: <input type="checkbox"/> Hispano, Latino <input type="checkbox"/> No Hispano, Latino <input type="checkbox"/> Desconocido, No Se		
Padre / Madre / Guardian Legal (necesario si el paciente tiene MENOR de 19 años)					
Apellido:		Nombre:		Fecha de Nacimiento:	

Questionario para Detectar Contraindicaciones a la Vacuna contra el COVID-19

La persona que recibirá la vacuna contra el COVID-19 hoy, necesita leer y responder a todas las preguntas y firmar este consentimiento para ser elegible para recibir la inyección. Dependiendo de las respuestas, usted y/o su hijo/a recibirá la vacuna contra el COVID-19 hecha por Pfizer o Moderna o se le harán preguntas adicionales. Por favor, lea la información acerca de la vacuna que le hemos dado con fecha 12/2020. Ambas vacunas requieren 2 dosis y usted tendrá que regresar en 21 días para la vacuna Pfizer o 28 días para la vacuna Moderna.

1. ¿Se siente enfermo/a hoy?	Si	No	
2. ¿Ha recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	Si	No	
Si respondió SI, ¿cuál vacuna fue? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro Producto:			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (ej. Anafilaxia) en general, a alguna vacuna o a otro medicamento inyectable?	Si	No	
4. ¿Ha recibido una terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero convaleciente) como tratamiento para COVID-19?	Si	No	
5. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días?	Si	No	
6. ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o su doctor le dijo que usted tuvo COVID-19?	Si	No	
7. ¿Tiene el sistema inmunológico débil a causa de algo como una infección de VIH o cáncer, o toma medicamentos o terapia que suprimen el sistema inmunológico?	Si	No	
8. ¿Tiene una enfermedad hemorrágica o está tomando un anticoagulante?	Si	No	
9. ¿Está embarazada o lactando?	Si	No	N/A

Autorización para Ingresar al Registro Electrónico de Vacunas de RIDE/Healthy Futures

Esta autorización debe ser firmada el día de la administración de la vacuna por el paciente, o madre/padre/guardián legal

Reconocimiento: Yo he recibido una copia y he leído la "Autorización para Uso de Emergencia" (EUA). Yo entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que me pongan la vacuna o se la pongan a la persona por quien yo estoy autorizando esta petición. También entiendo que mi información sobre esta vacuna será incluida en el Registro Electrónico de Vacunas llamado RIDE/Healthy Futures Immunization Registry. Yo adjudico a la Sección de Prevención de Enfermedades Contagiosas de la Agencia de los Servicios de Salud de cualquier demanda relacionada directa o indirectamente a la administración de la vacuna que estoy recibiendo yo o mi hijo/a y además reconozco y declaro a HSA/PH inocente de todo este tipo de demandas.

Yo, a través de mi firma abajo, certifico que la información mencionada arriba es verdadera y correcta según mi entendimiento

Firma del Paciente, Padre/Madre, Guardian Legal:  _____ Fecha: _____

For Administrative Use Only

<input type="checkbox"/> PFIZER VACCINE		<input type="checkbox"/> MODERNA VACCINE		<input type="checkbox"/> OTHER VACCINE:	
<input type="checkbox"/> Lot #		<input type="checkbox"/> Lot #		<input type="checkbox"/> Lot # <input type="checkbox"/> Lot #	
Vaccinator:		Vaccine Administration Site (specify site):		Date of Dose # 1	
(signature)		Deltoid L / R OTHER:		Date of Dose # 2	
CLINIC LOCATION:			EUA Provided		Data Entered into CPS / HF:
CLINIC DATE:			Yes / No		(initials & date entered)