

Prevaccination Checklist for COVID-19 Vaccines



For vaccine recipients:

The following questions will help us determine if there is any reason you should not get the COVID-19 vaccine today. **If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated.** It just means additional questions may be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

Name: _____

Date of Birth: _____

	Yes	No	Don't know
1. Are you feeling sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> If yes, which vaccine product did you receive? <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Another Product _____ Have you received a complete COVID-19 vaccine series (i.e., 1 dose Janssen or 2 doses of an mRNA vaccine [Pfizer-BioNTech, Moderna])? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Did you bring your vaccination record card or other documentation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever had an allergic reaction to:			
<i>(This would include a 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>			
<ul style="list-style-type: none"> A component of a COVID-19 vaccine, including either of the following: <ul style="list-style-type: none"> 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 <input type="checkbox"/> Don't know Polysorbate, which is found in some vaccines, film coated tablets, and intravenous steroids <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know A previous dose of COVID-19 vaccine <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you ever had an allergic reaction to another vaccine (other than COVID-19 vaccine) or an injectable medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(This would include a 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>			
5. Check all that apply to you:			
<input type="checkbox"/> Am a female between ages 18 and 49 years old			
<input type="checkbox"/> Am a male between ages 12 and 29 years old			
<input type="checkbox"/> Have a history of myocarditis or pericarditis			
<input type="checkbox"/> Had a severe allergic reaction to something other than a vaccine or injectable therapy such as food, pet, venom, environmental or oral medication allergies			
<input type="checkbox"/> Had COVID-19 and was treated with monoclonal antibodies or convalescent serum			
<input type="checkbox"/> Diagnosed with Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A) after a COVID-19 infection			
<input type="checkbox"/> Have a bleeding disorder			
<input type="checkbox"/> Take a blood thinner			
<input type="checkbox"/> Have a weakened immune system (i.e., HIV infection, cancer) or take immunosuppressive drugs or therapies			
<input type="checkbox"/> Have a history of heparin-induced thrombocytopenia (HIT)			
<input type="checkbox"/> Am currently pregnant or breastfeeding			
<input type="checkbox"/> Have received dermal fillers			
<input type="checkbox"/> History of Guillain-Barré Syndrome (GBS)			

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____

08/20/2021 CS321.629-E

Adapted with appreciation from the Immunization Action Coalition (IAC) screening checklists

1

Staff Use Only:

Form Reviewed/Vaccine administered by: _____ Signature _____ MCIR _____

Side: Right/Left

Lot #

Documented by: _____

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse. Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Otra _____			
• ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación? (sí/no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? (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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
• Un componente de una vacuna contra el COVID-19, como cualquiera de los siguientes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, pastillas o comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (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 causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).			
5. Marque todo lo que corresponda:			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo femenino y tengo entre 18 y 49 años.			
<input type="checkbox"/> Soy una persona de sexo masculino y tengo entre 12 y 29 años.			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis.			
<input type="checkbox"/> Tuve una reacción alérgica grave a algo que no era una vacuna o un tratamiento inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, venenos, medioambiente o medicamentos orales.			
<input type="checkbox"/> Tuve COVID-19 y me trataron con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente.			
<input type="checkbox"/> Me diagnosticaron síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de contraer el COVID-19.			
<input type="checkbox"/> Tengo el sistema inmunitario debilitado (p. ej. por infección por el VIH, cáncer) o recibo medicamentos o terapias inmunodepresoras.			
<input type="checkbox"/> Tengo un trastorno hemorrágico.			
<input type="checkbox"/> Tomo un anticoagulante (blood thinner).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT).			
<input type="checkbox"/> Estoy embarazada o amamantando actualmente.			
<input type="checkbox"/> He recibido relleno dérmico (dermal fillers).			
<input type="checkbox"/> Tengo antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)			

Firma Del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Staff Use Only:

Form Reviewed/Vaccine administered by: _____ Signature _____ MCR _____

Side: Right/Left _____ Lot # _____ Documented by: _____

Personal Information

Patient First and Last Name: _____ DOB: _____

Address: _____ City: _____ ZIP: _____ Phone Number: _____

Birth Gender: M F Preferred Language: _____

Insurance Information (write "none" if patient has no insurance)

Insurance: _____ Insurance ID #: _____ Insurance Group #: _____

Insurance Holder: _____ Holder's DOB: _____

Family/ Guardian Information

Parent/Guardian First and Last name: _____ DOB: _____ Relationship: _____

Address: _____ City: _____ ZIP: _____ Phone Number: _____

Race/ Ethnicity: Check the box that best describes the patient's race and EthnicityRace: American Indian/Alaskan Native Asian Black/African American Native Hawaiian
 Other Pacific Islander White More Than One Group Decline to specifyEthnicity: Latino or Hispanic Not Latino or Hispanic Decline to specify**Housing Status:** Check any box that describes the patient's current housing situation

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Doubling Up (living with extended family, friends, or acquaintances) | <input type="checkbox"/> Shelter |
| <input type="checkbox"/> Not Homeless (legally occupied, single family, owned or rented) | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Street (on the street, in cars, abandoned buildings, under bridge) | <input type="checkbox"/> Unknown/Unreported |
| <input type="checkbox"/> Transitional (treatment program, hospital, jail, motel) | |

Consent for Services

I consent, for my child, to the following:

- Receiving services by Cherry Health
- Billing insurance for care provided
- Receive (check all that apply): COVID-19 Vaccine Influenza Vaccine.
- Forwarding and retention of my information in the Michigan Care Improvement Registry (MCIR).

Please choose one of the following:

- A parent/guardian will be present when my child is vaccinated.
- I give permission for my child to be vaccinated without a parent/guardian being present.

If you agree with the above, please sign and date below.

Parent/Legal Guardian Signature_____
Date

Información Personal

Nombre y apellido del paciente: _____ Fecha de nac.: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Género asignado al nacer: F M Idioma preferido: _____

Información de aseguranza (escribe “ninguno” si el paciente no tiene aseguranza)

Aseguranza: _____ Número de identificación de la aseguranza: _____ Número de Grupo de la aseguranza: _____

Titular de la aseguranza: _____ Fecha de nacimiento del titular: _____

Información de familia / apoyo

Nombre y apellido de los padres/tutor legal: _____ Relación: _____ Fecha de nac.: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Raza / Origen Étnico: Marque la casilla que mejor describa su raza y origen étnicoRaza: Indígena americano/nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái
 De otras islas del Pacífico Blanco Más de un grupo Me niego a especificarloOrigen Étnico: Latino o hispano Ni hispano ni latino Me niego a especificarlo**Estado de la vivienda:** Marque cualquier casilla que describa su situación actual de vivienda

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Compartiendo vivienda (con parientes lejanos, amigos o conocidos) | <input type="checkbox"/> Refugio |
| <input type="checkbox"/> Tiene hogar (vivienda ocupada legalmente, familia única, propia o de alquiler) | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Calle (en la calle, en coches, edificios abandonados, debajo de un puente) | <input type="checkbox"/> Desconocido/no reportado |
| <input type="checkbox"/> Transitorio (programa de tratamiento, hospital, prisión, motel) | |

Consentimiento para servicios

Doy mi consentimiento para lo siguiente:

- Recibir servicios de Cherry Health
- Cherry Health puede facturar a mi compañía de aseguranza por la atención proporcionada
- Recibir (marque todo lo que aplique) la vacuna de COVID-19 la vacuna contra la gripa
- Reenvío y retención de mi información en el Michigan Care Improvement Registry (MCIR)

Elija una de las siguientes opciones:

- Un padre/tutor estará presente cuando mi hijo sea vacunado.
- Doy permiso para que mi hijo sea vacunado sin la presencia de un padre/tutor.

Si está de acuerdo con lo mencionado anterior, firme con fecha a continuación.

Firma de los padres/tutor legal

Fecha