

COVID-19 Vaccine Patient Screening/Vaccine Administration Record

Patient Information

Last Name First Name Date of Birth Gender Telephone

Address City State Zip

Race: American Indian/AlaskaNative Asian NativeHawaiian/OtherPacifcIslander
 Black/AfricanAmerican White Other Race

Ethnicity: Hispanic NonHispanic/Latino Unknown

Insurance Information

Non-Medicare

Plan Name	Member ID	RX Bin	RX PCN	Group Number

Are you the cardholder? (please circle one): YES NO

If no, please provide cardholder's name, date of birth, and relationship:

Cardholder Name	Date of Birth	Relationship to Patient

Patient Consent

I understand the benefits and risks of the vaccination as described in the Emergency Use Authorization (EUA) and/or CDC Vaccine Information Statement (VIS), a copy of which was provided with this Consent and Release. I request the vaccine be given to me or the person named below, a minor for whom I represent that I am authorized to sign this Consent and Release.

I have received a copy of the notice of Privacy Practices. I understand the notice of Privacy Practices provides an explanation of the ways in which my health information may be used or disclosed by the Pharmacy and my rights with respect to my health information, including reporting to the State Vaccination Registry and/or local or state Departments of Health, federal Department of Health and Human Services, and the Center for Disease Control and Prevention.

Signature of Person to Receive Vaccine (or Parent/Guardian, if a minor):

_____ Date: _____

Print Parent/Guardian name if recipient is a minor: _____ Date: _____

******* To be completed by Pharmacy Staff *******

Site of Injection	<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA
VIS Date:	

Administering Immunizer Signature: _____ Date: _____

COVID-19 백신 접종을 위한 사전 백신 접종 점검표



백신 접종자 대상:

다음 질문은 오늘 귀하가 COVID-19 백신 접종을 하면 안 되는 사유가 있는지 여부를 저희가 결정하는 데 도움을 줍니다. 질문에 “예”라고 답변했다 하더라도 반드시 백신 접종을 하면 안 된다는 의미는 아닙니다. 이는 단지 추가 질문이 있을 수 있음을 의미합니다. 질문이 명확하지 않은 경우, 의료 제공자에게 설명을 요청하십시오.

이름 _____

연령 _____

1. 오늘 몸이 안 좋으십니까?

예 아니요 모름

2. COVID-19 백신을 맞으신 적이 있습니까?

• 그렇다면, 어느 백신 제품을 맞았습니까?

화이자(Pfizer) 모더나(Moderna) 얀센(Janssen)
(Johnson & Johnson) 다른 의약품 _____

• 백신 접종 기록 카드 또는 기타 서류를 가지고 오셨습니까? (예/아니오)

3. 다음에 대해 알레르기 반응이 있었습니까?

(여기에는 에피네프린 또는 EpiPen®로 치료를 해야 하거나 병원에 가야 하는 심각한 알레르기 반응[예: 아나필락시스]이 포함될 수 있습니다. 또한, 두드러기, 부종 또는 천명을 포함한 호흡곤란을 유발한 알레르기 반응이 포함될 수 있습니다.)

• COVID-19 백신의 성분에는 다음 중 하나가 포함됩니다.

○ 설사약 및 대장 내시경 시술을 위한 약제와 같은 일부 약물에서 발견되는 폴리에틸렌 글리콜(PEG)

○ 일부 백신, 필름 코팅 정제 및 정맥 내 스테로이드에서 발견되는 폴리소르베이트

• 이전에 투여한 COVID-19 백신

4. 다른 백신(COVID-19 백신 제외) 또는 주사약 에 알레르기 반응이 있었던 적이 있습니까?

(여기에는 에피네프린 또는 EpiPen®로 치료를 해야 하거나 병원에 가야 하는 심각한 알레르기 반응[예: 아나필락시스]이 포함될 수 있습니다. 또한, 두드러기, 부종 또는 천명을 포함한 호흡곤란을 유발한 알레르기 반응이 포함될 수 있습니다.)

5. 해당하는 모든 것에 표시하십시오.

18세~49세 사이의 여성

백신 또는 주사 요법 이외에 음식, 애완동물, 독, 환경적 또는 경구약 알레르기 등과 같은 것에 심각한 알레르기 반응이 있었음

COVID-19에 걸려 항체의약품 또는 회복기혈청으로 치료를 받았음

COVID-19 감염 이후 다기관 염증 증후군(MIS-C 또는 MIS-A)을 진단받음

면역 체계가 약함(예: HIV 감염, 암)

면역억제성 약물 또는 요법을 받음

출혈성 질환이 있음

혈액 희석제를 복용함

헤파린에 의한 혈소판감소증(HIT) 이력이 있음

현재 임신 또는 모유 수유 중임

성형 필러를 받은 적이 있음

양식 검토자: _____

날짜 _____