SALT LAKE COUNTY
HEALTH DEPARTMENT

COVID 백신 클리닉 상담 양식
(COVID Vaccine Clinic Encounter Form)

기본 보험: SelectHealth United Health Care PEHP EMI Health
Aetna Medicare Medicaid Blue Cross Blue Shield
(Focal Point 또는 IND & Fam 플랜 아님)

환자의 이름 _____ 환자의 성 _____ 환자의 중간 이름/이니셜 _____

환자 생년월일 _____ 나이 _____ 성별 _____ 인종 _____ 예 아니요 히스패닉 또는 라틴계입니까?

우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화; 이 번호로 문자를 보내도 될까요? _____ 예 아니요 통신사 _____ 이메일 주소 _____

치료를 받는 사람과의 관계: 본인 학부모/보호자 기타: _____

(본인이 아닌 경우): 학부모의 이름 _____ 피보험자 이름 _____ 피보험자 생년월일 _____ 보험증권 번호 _____ 그룹 번호 _____

1. 오늘 컨디션이 좋은가요? **예 아니요**
2. 음식이나 약물에 대한 알레르기가 있나요? **예 아니요** (예인 경우 알레르기 유형: _____)
3. 이전에 백신을 맞고 문제가 있었거나 실신한 경험이 있나요? **예 아니요**
4. 지난 14 일 동안 백신을 맞은 적이 있나요? **예 아니요**
5. 현재 COVID 감염 또는 노출로 인해 격리 상태인가요? **예 아니요**
   예인 경우, 특정 단체 생활 시설에서 거주하고 있나요? **예 아니요**
6. COVID-19 를 치료하기 위해 수동 항체 치료를 받았다면 완료 후 90 일이 지났나요? **예 아니요 해당 없음**
7. 여성이고 9 세 이상인 경우 임신했을 수 있나요? **예 아니요 해당 없음**
   예인 경우, OBGYN 제공자에게 백신 접종을 받는 것에 대해 상담할 것을 권장합니다.

멈추세요! 아래는 보건부 전용입니다
STOP! HEALTH DEPARTMENT USE ONLY BELOW

Administration Pfizer	Administration Moderna	Administration AstraZeneca	Administration Janssen
0001A – First Dose	0011A – First Dose	0021A – First Dose	0031A – First Dose
0002A – Second Dose	0012A – Second Dose	0022A – Second Dose	

CPT	ICD10	Service	Lot #	Site	Dose	Route
91300	Z23	COVID-19 Pfizer			0.3cc	IM
91301	Z23	COVID-19 Moderna			0.5cc	IM
91302	Z23	COVID-19 AstraZeneca			0.5cc	IM
91303	Z23	COVID-19 Janssen			0.5cc	IM

Provider Name: _____

Provider Signature:_____ ***Date***: _____/_____/_____

Office Use Only

Client PID Number:_____ **Date:**_____/_____/_____

Registered: Employee Name _____ **Close Out: Employee Signature** _____