

COVID Vaccine Clinic Encounter Form

Seguro médico primario:

 SelectHealth
Aetna

 United Health Care
Medicare
Medicaid

 PEHP
EMI Health
Blue Cross Blue Shield
(NO Focal Point o IND y Fam Planes)

Primer Nombre _____ Apellido _____ Segundo Nombre _____

 Fecha de Nacimiento _____ Años _____ Sexo _____ Raza _____ S N
 Hispano/a?

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado Código Postal _____

 Teléfono; texto a este número? _____ Y N
 Compañía de celular _____ Dirección de Correo Electrónico _____

Relación con la persona que recibe tratamiento: Yo Tutor Otro: _____

(Si no soy yo): Nombre de Padres _____ Asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

- ¿Se siente bien hoy? **S N**
- ¿Alergias a alimentos o medicamentos? **S N** (En caso afirmativo, tipo de alergia: _____)
- ¿Algún problema con vacunas anteriores o desmayos? **S N**
- ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? **S N**
- ¿Está actualmente en aislamiento o en cuarentena por infección o exposición a COVID? **S N**
 En caso afirmativo, ¿vive en una instalación de vivienda grupal de algún tipo? **S N**
- Si ha tenido una terapia de anticuerpos pasivos para tratar COVID-19, ¿han pasado 90 días desde que se completó?
S N N/A
- Si es mujer y tiene más de 9 años, ¿podría estar embarazada? **S N N/A**
 En caso afirmativo, le recomendamos que analice la posibilidad de recibir la vacuna de su obstetra.


¡DETENGASE! USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD ÚNICAMENTE A CONTINUACIÓN!


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** _____