

Mẫu gặp gỡ tại phòng khám vắc-xin COVID (COVID Vaccine Clinic Encounter Form)

Bảo hiểm chính:

SelectHealth
Aetna

United Health Care
Medicare
Medicaid

PEHP
Blue Cross Blue Shield
(KHÔNG phải chương trình Focal Point hoặc IND & Fam)

EMI Health
Blue Cross Blue Shield

Tên bệnh nhân _____ Họ của bệnh nhân _____ Tên lót/Tên viết tắt của bệnh nhân _____

Ngày sinh của bệnh nhân _____ Tuổi _____ Giới tính _____ Chứng tộc _____ Có Không
Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ Latinh?

Địa chỉ gửi thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ ZIP _____

Điện thoại; chúng tôi có thể nhắn tin theo số này không? _____ Có Không
Nhà mạng _____ Địa chỉ email _____

Mối quan hệ với người được điều trị: _____ Bản thân _____ Phụ huynh/Người giám hộ _____ Khác: _____

(Nếu không phải chính người được điều trị): _____ Tên người được bảo hiểm _____ Ngày sinh của người được bảo hiểm _____ Mã hợp đồng bảo hiểm _____ Mã nhóm _____
Tên phụ huynh _____

- Hôm nay quý vị có khỏe không? **Có Không**
- Có dị ứng với đồ ăn hoặc thuốc không? **Có Không** (Nếu có, hãy cho biết loại dị ứng: _____)
- Có vấn đề gì với các vắc-xin trước đó hoặc bị ngắt xiu không? **Có Không**
- Quý vị đã tiêm vắc-xin nào trong 14 ngày qua chưa? **Có Không**
- Quý vị hiện có đang bị cách ly vì nhiễm hoặc phơi nhiễm với COVID không? **Có Không**
Nếu có, quý vị có sống trong bất kỳ loại cơ sở sinh hoạt tập thể nào không? **Có Không**
- Nếu quý vị đã điều trị bằng liệu pháp kháng thể thụ động để điều trị COVID-19, đã qua 90 ngày kể từ khi hoàn thành liệu pháp này chưa? **Rồi Chưa Không áp dụng**
- Nếu quý vị là nữ và trên 9 tuổi, liệu quý vị có đang mang thai không? **Có Không Không áp dụng**
Nếu có, chúng tôi khuyên quý vị nên thảo luận về việc tiêm vắc-xin với bác sĩ sản khoa của mình.



DỪNG Ở ĐÂY! PHẦN DƯỚI DÀNH CHO SỞ Y TẾ 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** _____