

COVID疫苗诊所接诊表

(COVID Vaccine Clinic Encounter Form)

主要保险:

SelectHealth
Aetna

United Health Care
Medicare
Medicaid

PEHP
Blue Cross Blue Shield
(~~非~~Focal Point或IND & Fam 计划)

EMI Health

患者名字 _____ 患者姓氏 _____ 患者中间名/缩写 _____

患者出生日期 _____ 年龄 _____ 性别 _____ 种族 _____ 是 否
西班牙裔或拉丁裔?

邮寄地址 _____ 市 _____ 州 _____ 邮递区号 _____

电话: 我们是否能向该号码发送短信? _____ 手机服务提供商 _____ 电子邮件地址 _____

与治疗接受者的关系: 本人 _____ 家长/监护人 _____ 其他: _____

(如非本人) 家长姓名 _____ 投保人姓名 _____ 投保人出生日期 _____ 保单编号 _____ 团险保单号 _____

- 今天您是否感觉身体状况良好? 是 否
- 您是否对食物或药物过敏? 是 否 (如果是, 请告知过敏类型: _____)
- 您过去注射疫苗时是否有问题或曾昏厥? 是 否
- 您在过去的14天内是否接种过任何疫苗? 是 否
- 您当前是否因为感染COVID或发生暴露而被医疗隔离或隔离? 是 否
如果“是”, 您是否居住在集体生活设施中? 是 否
- 如果您曾接受治疗COVID-19的被动抗体疗法, 自治疗结束后是否已超过90天? 是 否 不适用
- 如果您是女性且年龄在9岁以上, 您是否已怀孕? 是 否 不适用
如果“是”, 我们建议您与妇产科医师讨论是否应接种疫苗。

停!



仅供卫生部门使用



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 _____