**Pfizer/BioNTech**

**Office Only**

**ASIIS #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

First Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Race: □White □Asian □Black or African American □Hispanic □American Indian or Alaska Native □Native Hawaiian or Other Pacific Islander □Other

Ethnicity: □Hispanic or Latino □Not Hispanic or Latino Email address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Male □ Female □ Date of Birth: Month \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insured for vaccines? No □ Yes □ Name of Insurance:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID/SS#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**For patients to be vaccinated**

The following questions will help us determine if there is any reason, we should not give you Pfizer/BioNTech COVID-19 Vaccine today. If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

1. Do you have a history of severe allergic reaction to any component of the vaccine, specifically Polyethylene glycol or PEG?

Yes □ No □

If yes divert or alternately route to a physician consult.

1. Do you have a history of severe allergic reaction to another vaccine or injectable medication?

Yes □ No □

If yes recommended to observe for 30 minutes

1. If you have an immunocompromised condition, are pregnant or breastfeeding have you had the opportunity to discuss the decision to vaccinate with your healthcare provider?

Yes □ No □ N/A □

1. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?

Yes □ No □

5. Are you ready to proceed with the Pfizer Covid-19 and/or influenza vaccination?

Yes □ No □

**6. This Pfizer vaccine is for ages 5-11 □ Pediatric dose 0.2ml**

□ **I have been given a copy of the FACT SHEET FOR RECIPIENTS AND CAREGIVERS EMERGENCY USE AUTHORIZATION (EUA) OF THE Pfizer/BioNTech COVID 19 VACCINE TO PREVENT CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) IN INDIVIDUALS 5 YEARS OF AGE AND OLDER.**

**Patient/Parent or Guardian signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Printed signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Staff Only:**  Vaccine Administration: **Pfizer Covid-19 vaccine □** Site: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Influenza □** Site:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Pfizer Covid-19 vaccine** lot number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expiration Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NDC#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Influenza vaccine** lot number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expiration Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NDC#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Flu Label  Pfizer Label |

**Pfizer/BioNTech**

**Office Only**

**ASIIS #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Masculino □ Femenino □ Fecha de Nacimiento: Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raza: □Blanco □Asiático □Afroamericano □Hispano □Nativo Americano o Nativo de Alaska □Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico □Otro

Origen Étnico: □Hispano o Latino □No Hispano ni Latino Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene usted aseguranza para vacunas? No □ Si □

Nombre de la Aseguranza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID/# de SS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A los pacientes a vacunar:**

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no deberíamos administrarle la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 el día de hoy. Si usted responde “Sí” a cualquier pregunta, no necesariamente significa que no deba vacunarse, solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que le explique más detalladamente.

1. Tiene usted antecedents de reacciones alérgicas severas a algún componente de la vacuna, especificamente al polietilenglicol o PEG?

Sí □ No □

Si su respuesta es sí, diríjase a una consulta con un médico.

1. Tiene usted antecedents de reacciones alérgicas severas a otra vacuna o medicamento inyectable?

Sí □ No □

Si su respuesta es sí, se recomienda observar durante 30 minutos

1. Si tiene una enfermedad inmunodeprimida, está embarazada o amamantando, ¿ha tenido la oportunidad de hablar sobre la decisión de vacunarse con su proveedor de atención médica?

Si □ No □

1. La persona que se vá a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?

Si □ No □ No Aplica □

1. Está listo para continuar con la vacunación de Pfizer COVID-19 y/o influenza?

Si □ No □

**6. Esta vacuna de Pfizer es para niños de 5 a 11 años □ Pediatric dose 0.2ml**

□ **Me han entregado una copia de la HOJA INFORMATIVA PARA RECEPTORES Y CUIDADORES AUTORIZACION DE USO DE EMERGENCIA (EUA por sus siglas en Inglés) DE LA VACUNA COVID-19 PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN INDIVIDUOS DE 5 AÑOS EN ADELANTE.**

**Firma del paciente/padre o tutor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre Completo en letra molde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Staff Only:**  Vaccine Administration: **Pfizer Covid-19 vaccine □** Site:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Influenza □** Site:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Pfizer Covid-19 vaccine** lot number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expiration Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NDC#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Influenza vaccine** lot number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expiration Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NDC#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Flu Label  Pfizer Label |