**Office Only**

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

**Janssen**

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

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

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

Race: □White □White □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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 the Janssen 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, recombinant, replication-incompetent adenovirus type 26 expressing the SARS-CoV-2 spike protein, citric acid monohydrate, trisodium citrate dihydrate, ethanol, 2-hydroxypropyl-β-cyclodextrin (HBCD), polysorbate-80, sodium chloride.

 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. Are you ready to proceed with vaccination?

Yes □ No □

□ **I have been given a copy of the FACT SHEET FOR RECIPIENTS AND CAREGIVERS EMERGENCY USE AUTHORIZATION (EUA) OF THE JANSEEN COVID-19 VACCINE TO PREVENT CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) IN INDIVIDUALS 18 YEARS OF AGE AND OLDER.**

**Patient signature:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Printed signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Staff Only:****Vaccine Administration:**  Janssen Covid-19 vaccine **□** Site:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vaccine label or lot number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expiration Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NDC number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LABEL |

**Office Only**

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

**Janssen**

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

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm. de Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Raza: □Blanco □Asiático □ Africano Americano □Hispano □Indio Americano o Nativo de Alaska □Nativo de Hawaiian u Otras Islas de Pacifico □Otro

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

¿Tiene usted aseguranza para vacunas? No □ Si □

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

**Para los pacientes que serán vacunados**

Las siguientes preguntas ayudaran a determinar si por alguna razón, no deberíamos darle la vacuna contra COVID-19 de Janssen hoy. Si usted response “si” a cualquier pregunta, no significa que no se deba vacunar. Solo indica que tenemos que hacer más preguntas. Si alguna pregunta no esta clara, por favor pregunte al proveedor de cuidad de salud.

1. Si usted tiene historial de reacción alérgica a algún componente de la vacuna, combinación, adenovirus de replicación incompetente tipo 26 que expresa la proteína de pico SARS-CoV-2, ácido cítrico monohidrato, citrato trisódico dihidrato, etanol, 2-hidroxipropil-β-ciclodextrina (HBCD), polisorbato-80, cloruro de sodio.

Si □ No □

 Si respondió si, consulte con el proveedor médico presente .

2. ¿Usted tiene historial de alergia severa a otra vacuna o medicamento inyectable?

Si □ No □

 Si respondió si, se recomienda este en observación por 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 □ No Aplica □

1. Está lista para continuar con la vacunación?

 Si □ No □

□ **Se me dio una copia de la HOJA INFORMATIVA PARA PERSONAS QUE DESEAN VACUNARSE Y LA HOJA INFORMATIVA SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL USO DE EMERGENCIA DE LA VACUNA JANSEEN CONTRA COVID-19 PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD DE CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN PERSONAS DE 18 AÑOS O MAYORES.**

**Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Personal médico solamente - Staff Only:****Vaccine Administration:**  Janssen Covid-19 vaccine **□** Site:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vaccine label or lot number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expiration Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NDC number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LABEL |